

**Das Phänomen des plötzlichen Kindstods aus sozialer und
psychologischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung
der familiären Situation der verstorbenen Kinder**

Christa Schmidt

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Das Phänomen des plötzlichen Kindstods aus sozialer und
psychologischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung
der familiären Situation der verstorbenen Kinder**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Christa Schmidt
München 1981



Referent: Herr Prof. Dr. L. von Rosenstiel

Koreferent: Herr Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 22.8.81

Auf den Tod eines kleinen Kindes

Jetzt bist du schon gegangen, Kind,
Und hast vom Leben nichts erfahren,
Indes in unsern welken Jahren
Wir Lebenden gefangen sind.

Ein Atemzug, ein Augenspiel,
Der Erde Luft und Licht zu schmecken,
War dir genug und schon zu viel,
Du schiefst ein, nicht mehr zu wecken.

Vielleicht in diesem Hauch und Blick
Sind alle Spiele, alle Mienen
Des ganzen Lebens dir erschienen,
Erschrocken zogst du dich zurück.

Vielleicht wenn unsre Augen, Kind,
Einmal erlöschen, wird uns scheinen,
Sie hätten von der Erde, Kind,
Nicht mehr gesehen als die deinen.

Hermann Hesse

Danke !

sei auf diesem Weg all jenen gesagt, die diese Doktorarbeit unterstützten.

Herr Professor Dr. Spann regte die Untersuchung an und ermöglichte es, dieses Thema zu bearbeiten, indem er das Untersuchungsgut zur Verfügung stellte.

Besonders herzlich möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. von Rosenstiel bedanken. Er betreute die Arbeit, half bei der schrittweisen Planung und stand immer liebenswürdig mit Rat und Tat zur Seite.

Herr Professor Dr. Riegel betreute den medizinischen Teil der Arbeit, gab viele Verbesserungsvorschläge und praktische Hilfen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Stadtrat Stützle und Frau Jakob. Beide interessierten sich von Anfang an für diese Untersuchung, setzten sich für deren finanzielle Unterstützung durch das Arbeits- und Sozialministerium ein und waren an den Ergebnissen sehr interessiert.

Frau Dr. Baumann, Gesundheitsamt München, gab wichtige Informationen über die betroffenen Familien und half bei der Vermittlung von Adressen.

Mit viel Geduld erfolgte die statistische Auswertung der Untersuchung durch Herrn Thieme. Er gab wichtige Hinweise bei der Erstellung der Auswertungsbögen, bei der statistischen Analyse des Untersuchungsmaterials und bei der Interpretation der Ergebnisse.

Auch Herr Schaff, Pathologisches Institut München, half bei der Erstellung der Auswertungsbögen, bei der Auswertung der Fälle und ihrer Klassifikation aus medizinischer Sicht.

Folgende Kollegen gaben wichtige Literaturhinweise, waren immer zu Gesprächen bereit und wußten viele Verbesserungsvorschläge:

Herr Dr. Kasten, Herr Dr. Liacopoulos, Herr Dr. Haub, Frau Dr. Bauriedl, Herr Prof. Stork.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.	Definition und Phänomenbereich 1
1.1.	Definition 1
1.2.	Phänomenbereich 3
1.2.1.	Häufigkeit 3
1.2.2.	Alter 3
1.2.3.	Geschlecht 3
1.2.4.	Tagesschwankungen, Wochenrhythmus, jahreszeitliche Verteilung 3
1.2.5.	Fundsituation 4
1.2.6.	Medizinische Anamnese 4
1.2.7.	Sozialanamnese 5
2.	Zusammenfassende Bemerkungen zu einigen Theorien zur Ätiologie des p.K. und zu Unter- suchungen über Risikofaktoren des p.K. 6
3.	Kritik an den erwähnten Untersuchungen und Konzeption der durchgeführten Untersuchungen 10
4.	Ziele der Untersuchungen 13
5.	Methodische Probleme 14
6.	Ergebnisse der Voruntersuchungen 18
7.	Arbeitshypothesen 20
8.	Theoretische Grundlagen zur Begründung der Arbeitshypothesen 22
8.1.	Vorbemerkungen 22
8.2.	Positive Entwicklungsbedingungen 24
8.2.1.	Günstige familiäre Situation 25
8.2.1.1.	Soziale Faktoren 25
8.2.1.1.1.	Alter der Mutter 25
8.2.1.1.2.	Vollständigkeit der Familie 25
8.2.1.1.3.	Schichtzugehörigkeit 26
8.2.1.2.	Merkmale und Verhaltensweisen der Eltern 26
8.2.1.3.	Beziehungen in der Familie 28
8.2.2.	Positive Einflüsse während der Entwicklungs- phasen des Säuglings 30
8.2.2.1.	Positive Einflüsse während der Schwanger- schaft 30
8.2.2.2.	Positive Einflüsse vor, während und nach der Geburt 30
8.2.2.3.	Positive Einflüsse während des 1. Lebens- jahres 34
8.2.3.	Auswirkungen auf den Säugling 39
8.3.	Negative Entwicklungsbedingungen 45
8.3.1.	Fehlen von positiven Entwicklungsbedingungen 45

8.3.2.	Ungünstige familiäre Situation	45
8.3.2.1.	Soziale Faktoren	46
8.3.2.1.1.	Junges Alter der Mutter	46
8.3.2.1.2.	Unvollständigkeit der Familie	47
8.3.2.1.3.	Kinderreiche Familien	49
8.3.2.1.4.	Schichtzugehörigkeit	50
8.3.2.1.5.	Berufstätigkeit der Mutter	52
8.3.2.1.6.	Ungünstige Wohnverhältnisse	52
8.3.2.2.	Psychische Merkmale von Vater und Mutter	52
8.3.2.3.	Beziehungen in der Familie	57
8.3.3.	Negative Einflüsse während der Entwicklungs- phasen des Säuglings	62
8.3.3.1.	Negative Einflüsse während der Schwanger- schaft	62
8.3.3.2.	Negative Einflüsse vor, während und nach der Geburt	69
8.3.3.3.	Negative Einflüsse im 1. Lebensjahr	73
8.3.4.	Auswirkungen auf den Säugling	90
8.3.5.	Reaktionen des Säuglings, die zum Tod führen können	96
8.3.6.	Tod durch Hilflosigkeit im Säuglingsalter	103
EXKURS	Der Tod als Folge ungünstiger Lebenssitua- tionen	105
	1.) Tod durch Hilflosigkeit bei Tieren	106
	2.) Tod durch Hilflosigkeit bei Menschen	108
9.	Zusammenfassung	111
10.	Empirische Untersuchung	114
10.1.	Erste Untersuchung	114
10.1.1.	Ziele	114
10.1.2.	Gesichtspunkte zum Interview	114
10.1.3.	Vorgehensweise	116
10.1.3.1.	Untersuchungsgruppe	116
10.1.3.2.	Kontrollgruppe	116
10.1.3.3.	Kontaktaufnahme mit der Untersuchungs- gruppe und der Kontrollgruppe	116
10.1.3.4.	Gesprächsführung	117
10.1.3.5.	Auswertung	117
10.1.4.	Darstellung der ersten Untersuchungsergeb- nisse	120
10.1.4.1.	Soziale Begleitumstände	120
10.1.4.1.1.	Alter der Mutter und Geburtsrang des Kindes	120
10.1.4.1.2.	Familienstand	121
10.1.4.1.3.	Soziale Stellung	121
10.1.4.1.4.	Wohnverhältnisse	122
10.1.4.1.5.	Sonstige soziale Probleme	123

10.1.4.1.6.	Zusammenfassende Bemerkung	123
10.1.4.2.	Psychologische Begleitumstände	125
10.1.4.2.1.	Belastungen in der Kindheit und Merkmale der Mutter	125
10.1.4.2.2.	Beziehung zum Kindsvater	128
10.1.4.2.3.	Geschwister der untersuchten Fälle	129
10.1.4.3.	Schwangerschaft	130
10.1.4.4.	Geburt	133
10.1.4.5.	Merkmale des Säuglings	134
10.1.4.6.	Mutter-Kind-Beziehung	136
10.1.4.7.	Zusammenfassung der sozialen und psychologischen Begleitumstände	142
10.1.4.8.	Todesumstände	148
10.1.4.9.	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	150
10.2.	Zweite Untersuchung	154
10.2.1.	Ziele	154
10.2.2.	Vorgehensweise	154
10.2.2.1.	Untersuchungsgruppe	154
10.2.2.2.	Kontrollgruppe	155
10.2.2.3.	Auswertung	155
10.2.3.	Darstellung der zweiten Untersuchungsergebnisse	156
10.2.3.1.	Soziale Begleitumstände	156
10.2.3.1.1.	Alter der Mutter und Geburtsrang des Kindes	156
10.2.3.1.2.	Familienstand	158
10.2.3.1.3.	Soziale Stellung	160
10.2.3.1.4.	Wohnverhältnisse	162
10.2.3.1.5.	Zusammenfassende Bemerkungen	163
10.2.3.2.	Psychologische Begleitumstände	166
10.2.3.2.1.	Merkmale und Verhaltensweisen der Mutter	166
10.2.3.2.2.	Beziehung zum Kindsvater	170
10.2.3.2.3.	Auffälligkeiten bei den Geschwistern	174
10.2.3.2.4.	Schwangerschaft	176
10.2.3.2.5.	Geburt	182
10.2.3.2.6.	Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings	187
10.2.3.2.7.	Einflüsse während des 1. Lebensjahres	190
10.2.3.2.8.	Todesumstände	207
10.3.	Anwendung multivariater Verfahren auf das Datenmaterial	212
10.3.1.	Diskriminanzanalyse	212
10.3.2.	Clusteranalyse	222

11.	Zusammenfassung der Ergebnisse der empirischen Untersuchung	231
12.	Diskussion der Ergebnisse	239
13.	Zusammenfassende Schlußfolgerungen und präventive Maßnahmen	253

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 1 Häufigkeit anamnestischer Symptome	4
Tab. 2 Ätiologische und pathogenetische Faktoren des p.K. nach Althoff	7
Tab. 3 Risikofaktoren für den p.K.	8
Tab. 4 Soziale und psychische Faktoren, die die Schwangerschaft beeinflussen	29
Tab. 5 Entwicklung der Lernfähigkeit nach Grossmann, 1977, 175	38
Tab. 6 Positive Entwicklungsbedingungen	41
Tab. 7 Positive Entwicklungsbedingungen und ihre Auswirkungen auf den Säugling	43
Tab. 8 Negative Einflüsse auf den Säugling und deren Modifikation durch eine positive Umwelt	44
Tab. 9 Vergleich der Sterblichkeit unehelicher und ehelicher Kinder	48
Tab. 10 Sozioökonomische Aspekte des p.K.	51
Tab. 11 Erklärungsmodelle für pathogene Reaktionen des Säuglings	61
Tab. 12 Negative Einflüsse während der Schwangerschaft und ihre Auswirkungen	66
Tab. 13 Psychogene Krankheiten im Säuglingsalter	77
Tab. 14 Parallelen zwischen den Syndromen der allgemeinen Anpassung und des Entzugs affektiver Zufuhr	81
Tab. 15 Erkrankungshäufigkeit bei Säuglingen im elterlichen Haushalt, in Tageskrippen und Heimen	88
Tab. 16 Negative Entwicklungsbedingungen und ihre Auswirkungen	94
Tab. 17 Negative Einflüsse auf den Säugling, deren Modifikation durch eine negative Umwelt und ihre Bedeutung für den p.K.	113
Tab. 18 Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes (Vergleich p.K. - KG)	120
Tab. 19 Alter der Mütter und Geburtsrang des Kindes (Vergleich p.K.- KG)	121
Tab. 20 Familienstand	121
Tab. 21 Soziale Schicht	122
Tab. 22 Wohnverhältnisse	122
Tab. 23 Die Häufung der im Text erwähnten sozialen Risikopunkte in der p.K.-Gruppe und in der KG-Gruppe	124
Tab. 24 Häufung der im Text erwähnten psychologischen Risikopunkte in der p.K.-Gruppe und in der KG-Gruppe	126

Tab. 25	Psychische Merkmale der Mutter	127
Tab. 26	Partnerbeziehung	128
Tab. 27	Einstellung zur Schwangerschaft und Belastungen und Beschwerden während der Schwangerschaft	131
Tab. 28	Geburtstermin	134
Tab. 29	Geburtsgewicht	134
Tab. 30	Merkmale des Säuglings	135
Tab. 31	Einfühlung der Mutter	136
Tab. 32	Stimulation des Kindes	137
Tab. 33	Art der Fütterung	137
Tab. 34	Anzahl der Belastungen in der p.K.-Gruppe (schraffiert) und in der KG-Gruppe (weiß)	144
Tab. 35	Darstellung eines p.K. (Fall 36) in dem im theoretischen Teil eingeführten Entwicklungsmodell (Tab. 17)	152
Tab. 36	Art der Datenerhebung in der Untersuchungsgruppe (p.K.)	154
Tab. 37	Alter der Mutter in den untersuchten Gruppen	156
Tab. 38	Histogramm: Alter der Mutter	157
Tab. 39	Alter der Mutter und Geburtsrang des Kindes (Vergleich p.K. - KG 1)	157
Tab. 40	Familienstand	158
Tab. 41	Dauer der Ehe bei der Geburt des Kindes	159
Tab. 42	Soziale Schicht	160
Tab. 43	Finanzielle Lage	161
Tab. 44	Berufsausbildung der Mutter	161
Tab. 45	Art der Unterbringung	162
Tab. 46	Wohnverhältnisse	162
Tab. 47	Umzüge	163
Tab. 48	Belastungen im Elternhaus	166
Tab. 49	Merkmale der Mutter	167
Tab. 50	Beziehung zum Kindsvater	170
Tab. 51	Verteilung der Merkmale Sucht und Straffälligkeit des Vaters in den Gruppen	171
Tab. 52	Anwesenheit des Vaters zu Hause	171
Tab. 53	Sorgecharakter des Vaters	171
Tab. 54	Interesse des Vaters am Kind	172
Tab. 55	Somatische und psychische Symptome bei den Geschwistern	175
Tab. 56	Einstellung zur Schwangerschaft	176
Tab. 57	Belastungen während der Schwangerschaft	176
Tab. 58	Schwangerschaftsbeschwerden	176
Tab. 59	Risikoschwangerschaft	176

Tab. 60	Subjektive Einschätzung des Verlaufs der Schwangerschaft in die Kategorien positiv/negativ erlebt	177
Tab. 61	Ängste während der Schwangerschaft	178
Tab. 62	Zahl der Schwangerschaften	178
Tab. 63	Geburtsvorbereitung	179
Tab. 64	Geburtstermin, Anzahl der Schwangerschaftswochen	182
Tab. 65	Geburtsgewicht	182
Tab. 66	Peri- und postnatale Komplikationen bei Mutter und Kind	183
Tab. 67	Apgarwerte	183
Tab. 68	Kontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt	184
Tab. 69	Fütterungstechnik	184
Tab. 70	Gesamtverhalten des Säuglings	187
Tab. 71	Schlafverhalten des Säuglings	187
Tab. 72	Essverhalten	188
Tab. 73	Somatische Symptome	188
Tab. 74	Stimulation durch die Umwelt	190
Tab. 75	Interaktion zwischen Mutter und Kind	191
Tab. 76	Art der Mutter-Kind-Beziehung	191
Tab. 77	Einfühlung der Mutter	192
Tab. 78	Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen	192
Tab. 79	Art der Betreuung	192
Tab. 80	Trennung von Mutter und Kind	193
Tab. 81	Möglichkeiten zum Kontakt zwischen Mutter und Kind im ersten Monat nach der Geburt	193
Tab. 82	Gesamtsituation der Familie und der sozialen Umwelt der Säuglinge hinsichtlich der Vermittlung von Lebensfreude	194
Tab. 83	Bedeutung des Kindes innerhalb der Familie	194
Tab. 84	Zukunftsperspektive des Kindes	194
Tab. 85	Familienatmosphäre	194
Tab. 86	Altersverteilung der verstorbenen Kinder	207
Tab. 87	Häufigkeit anamnestischer Symptome	208
Tab. 88	Klassifikation der p.K. hinsichtlich der sozialen und psychologischen Begleitumstände	209
Tab. 89	Häufigkeit psychologischer und sozialer Begleitumstände	210
Tab. 90	Klassifikation der p.K. hinsichtlich der sozialen, psychologischen und medizinischen Auffälligkeiten	211
Tab. 91	Ergebnisse der Diskriminanzanalyse	218
Tab. 92	Ergebnisse der Clusteranalyse	223
Tab. 93	Die klassifizierten Variablen der Diskriminanzanalyse, einige wichtige Variablenbündel der Clusteranalyse und deren mögliche Zusammenhänge	230

Tab. 94	Indikatoren für die ungünstige soziale Situation bei den p.K. und deren Vergleich mit der KG 1 und KG 2	231
Tab. 95	Psychische Merkmale der Mutter in den einzelnen Gruppen	233
Tab. 96	Art der Beziehung zwischen den Partnern in den untersuchten Gruppen	233
Tab. 97	Verlauf der Schwangerschaft in den untersuchten Gruppen	234
Tab. 98	Komplikationen nach der Geburt in den untersuchten Gruppen	235
Tab. 99	Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings	235
Tab. 100	Einflüsse auf den Säugling im 1. Lebensjahr in den untersuchten Gruppen	236
Tab. 101	Darstellung der Säuglingssterblichkeit in Bayern in Abhängigkeit vom Alter der Mutter	241
Tab. 102	Säuglingssterblichkeit in Abhängigkeit vom Geburtenabstand	243
Tab. 103	Wohnverhältnisse bei den untersuchten Gruppen	243
Tab. 104	Beziehung zwischen den Kindseltern	245
Tab. 105	Einstellung zur Schwangerschaft und Belastungen während der Schwangerschaft	245
Tab. 106	Abhängigkeit des Sterberisikos vom Geburtsgewicht	246
Tab. 107	Möglichkeiten präventiver Maßnahmen	255

1. Definition und Phänomenbereich

1.1. Definition

Eine zusammenfassende Betrachtung einiger Veröffentlichungen über den plötzlichen Kindstod (p.K.) zeigt die unterschiedliche Verwendung des Begriffes.

" Zur Begriffsbestimmung gehört die Feststellung, daß ein Kind entweder innerhalb weniger Minuten aus anscheinend völliger Gesundheit und ohne wesentlichen äußeren Anlaß plötzlich stirbt oder im Gefolge eines kurzen Unwohlseins, einer leichten Erkrankung oder nach perakutem Krankheitsverlauf unerwartet und plötzlich zu Tode kommt." (Müller, 1975, 286)

Da die Grenze zwischen plötzlichem und unerwartetem Kindstod fließend ist, und die Zuordnung des Todesfalles oft an der Fähigkeit der Angehörigen liegt, Krankheitssymptome oder Verhaltensveränderungen der Kinder wahrzunehmen, gebraucht Müller nur den Begriff " plötzlicher Kindstod ", den er unter folgenden Voraussetzungen für gegeben hält: Müller, 1963, 4.

- a) Tod in der Synkope.
- b) Tot im Bett gefunden, ohne daß Krankheitszeichen oder Störungen der Verhaltensweisen bemerkt wurden.
- c) Anamnese mit banalen Symptomen, nicht länger als 48 Stunden vor Eintritt des Todes.
- d) Perakuter, dramatischer Krankheitsablauf, der in wenigen Stunden meist mit Krämpfen und hohem Fieber unter Bewußtlosigkeit zum Tode führt.

Althoff, 1980, 2, versteht unter dem " plötzlichen Tod " einen Tod, der sich ohne Vorzeichen bei scheinbar voller Gesundheit einstellt. Im Falle des p.K. trifft das bei Kindern zu, die in ihrem Bett tot aufgefunden werden oder in der Synkope sterben. Einige der Kinder hatten kurz vor dem Tod banale Krankheitssymptome wie Schnupfen, Erkältung, Husten, Darmkatarrh, oder zeigten Verhaltensauffälligkeiten wie Trinkschwierigkeiten, unmotiviertes Schreien oder Ruhelosigkeit.

Riegel, 1980, weist darauf hin, daß man bei korrektem Recherchieren zwei etwa gleichgroße p.K. Kollektive eruieren kann: " Bei dem einen gibt die Anamnese einschlägige Hinweise und/oder deckt die Autopsie eine plausible Todesursache auf (Mißbildungen, foudroyante Infektionen etc.) - es handelt sich um erklärliehe p.K.-Fälle. Beim

anderen ist die Anamnese " stumm " und sind die Organbefunde bei üblicher Seziertechnik so spärlich, daß sie nicht als Todesursache zu werten sind. Es handelt sich um unerklärliche p.K.-Fälle. In der angloamerikanischen Literatur wird der p.K. als Cribdeath, Cot death, Sudden Infant Death Syndrome oder Sudden Unexpected Death in Infancy bezeichnet.

Beckwith, 1970, 15, zieht den Begriff " Sudden Infant Death Syndrome " (SIDS) als die beste Bezeichnung vor und definiert ihn auf der 2. Konferenz über Ursachen des p.K. in Washington folgendermaßen. Beckwith, 1970, 18: " Der plötzliche Tod eines Säuglings oder eines jungen Kindes, der durch die Anamnese nicht zu erwarten war und dessen genaue Todesursache auch durch gründliche postmortale Untersuchungen nicht erkennbar ist." Unter anderem hält Beckwith für die Diagnose " Sudden Infant Death Syndrome " folgende Untersuchungen nötig: Gründliche Untersuchung des Thorax, des Abdomen, des Gehirnes, des Larynx, der Blutkultur, histologische Untersuchungen des Gehirnes, des Herzens, der Lunge, der Leber und Befragung der Familie.

Der Arbeitskreis in Sheffield, Emery, 1978, 671, sieht den p.K. als heterogenen Begriff. Er unterscheidet drei Kategorien von Säuglingen, die an " cot death " verstarben:

- a) der Säugling, dessen akute infektiöse Krankheit von Ärzten und Eltern unterschätzt wird und der deshalb nicht optimale ärztliche Hilfe erhält,
- b) der Säugling, der geringe Krankheitsanzeichen zeigt, die den plötzlichen Kindstod auslösen,
- c) der Säugling, der vom klinischen und Autopsiebefund pathologisch gesund schien.

1.2. Phänomenbereich

1.2.1. Häufigkeit

Die Angaben schwanken zwischen 1-4 p.K.-Fällen pro 1.000 Lebendgeborenen (Valdes-Dapena, 1970, 4). Althoff, 1980, 7, weist darauf hin, daß in der BRD zwischen 2.000 bis 4.000 Säuglinge jährlich am p.K. sterben.

1.2.2. Alter

Die Abgrenzung des Lebensalters der betroffenen Kinder ist unterschiedlich. Die untere Begrenzung liegt im Alter von 5 Tagen (Coe, Hartmann, Müller). Die obere Grenze wird mit einem Jahr bis zu 2 1/2 Jahren und darüber festgelegt.

Übereinstimmend geht aus der Literatur hervor, daß mehr als die Hälfte aller p.K. sich in den ersten 6 Lebensmonaten ereignen, wobei um den 3. Lebensmonat ein deutlicher Gipfel erkennbar ist (Althoff, 1980, 5, Althoff, 1973, 7, Peterson, 1966, 480, Müller, 1963, 8, Mahnke, 1963, 2189, Bergmann, 1972, 863, Riegel 1980).

1.2.3. Geschlecht

In fast allen Angaben fand sich eine deutliche Knabenübersterblichkeit (Althoff, 1973, 6, Bergmann, 1972, 862, Naeye, 1976, 1208, Molz, 1976, 1312, Hildebrand, 1967, 974, Steele, 1966, 1167).

Althoff, 1980, fand in seinem Untersuchungsgut von 292 p.K. 110 Mädchen und 182 Knaben.

1.2.4. Tagesschwankungen, Wochenrhythmus, jahreszeitliche Verteilung

Die gleiche Frequenz von tagsüber und nachts Gestorbenen haben viele Forscher gefunden (Frogatt, 1971, 122, Althoff, 1973, 12).

Eine Häufung am Wochenende ergab sich beim Untersuchungsgut von Müller, 1975, 287, Althoff, 1973, 11, Frogatt, 1971, 122, Emery, 1959, 926.

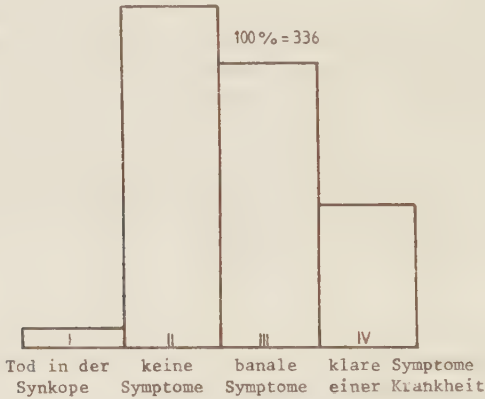
Nahezu übereinstimmend wird von einer jahreszeitlichen Abhängigkeit des p.K. berichtet. Von November bis März ereignen sich 60% - 80% der Todesfälle (Frogatt, 1971, 122, Emery, 1959, 926, Althoff, 1973, 12, Riegel, 1980, Althoff, 1980, 9.)

1.2.5. Fundsituation

Fast stereotyp werden die Kinder tot oder leblos im Bett oder Kinderwagen liegend aufgefunden (Althoff, 1973, 13).

1.2.6. Medizinische Anamnese

Die Häufigkeit anamnestischer Symptome sind folgender Tabelle zu entnehmen. (Althoff, 1980, 12)



Tab. 1: Häufigkeit anamnestischer Symptome

In der 1. Säule - Tod in der Synkope - sind nur diejenigen Fälle aufgeführt, wo der Verlauf des Sterbens exakt beobachtet wurde und keine Krankheit vorlag.

Die 2. Säule enthält Fälle ohne erkennbare, vorausgehende Symptome.

In der 3. Säule befinden sich Fälle mit banalen Symptomen vor dem Tod (wie Appetitlosigkeit, Trinkschwierigkeiten, ungewöhnliches Schreien, Husten, Schnupfen usw.)

Die 4. Säule beinhaltet p.K. mit Symptomen, die sich vorher verstärkten, einige Fälle, wo der Arzt vor dem Tod eine Krankheit festgestellt hat und Fälle, die sich scheinbar von der Krankheit erholten und unerwartet starben.

1.2.7. Sozialanamnese

Mehrere Untersucher stellten einen Zusammenhang zwischen verschiedenen sozialen Faktoren, wie jungem Alter der Mutter, unehelicher Geburt, beengten Wohnverhältnissen und dem p.K. fest. (Morrison, 1958, 102, Naeye, 1976, 1207, Kraus, 1972, 328, Frogatt, 1971, 124, Peterson, 1966, 481).

Althoff, 1980, 15, fand in seinem Untersuchungsgut (292 p.K.) 27 Fälle, die vernachlässigt wirkten. Sie waren in einem schlechten Ernährungs- und Allgemeinzustand, sie erhielten mangelnde Pflege, was sich in Anzeichen von Kindsmißhandlungen, Hautgeschwüren oder Rachitis zeigte. " Diese schwer vernachlässigten Kinder kamen alle aus einem sozial ungünstigen Milieu, wo viele Personen eng zusammenlebten, das Einkommen unregelmäßig oder inadäquat war. In einigen Fällen war der Vater im Gefängnis. Alle Mütter waren körperlich und seelisch so erschöpft, daß es ihnen nahezu unmöglich war, die meist zahlreichen Kinder adäquat zu pflegen." (Althoff, 1980, 15)

2. Zusammenfassende Bemerkungen zu einigen Theorien zur Ätiologie des p.K. und zu Untersuchungen über Risikofaktoren des p.K.

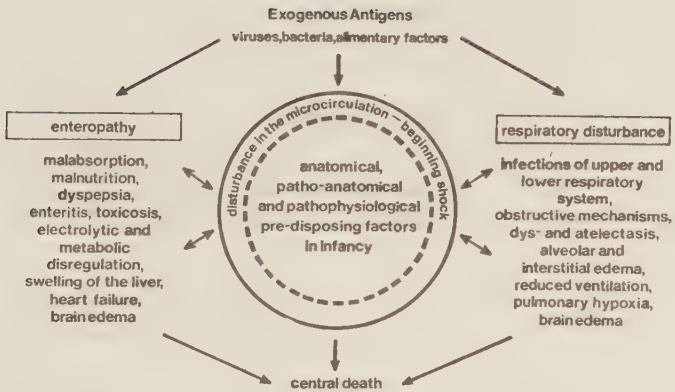
Die Auffassungen über die Ursachen des p.K. sind vielfältig. Bisher wurden u.a. folgende Theorien zur Ätiologie diskutiert: Thymusdysplasie, Rachitis (Spann, 1959) Infektionen (Ray, 1970, Brandt, 1970, Mahnke, 1966, Müller, 1963) allergische Reaktionen (Mulvey, 1972) Immuninsuffizienz, Elektrolytverschiebung, Blutdruckentgleisung, Vagusreflex, Aspiration von Erbrochenem, Sauerstoffmangel durch Verschuß der Luftwege, Defekt in der Atmungssteuerung als Folge von chronischer Hypoxie oder einem unreifen zentralen Nervensystem. Keine dieser Theorien blieb in der Literatur unwidersprochen.

Verschiedene theoretische Ansätze zur Erklärung der Ursachen des p.K. stellten in letzter Zeit Naeye, 1980, Riegel, 1980 und Althoff, 1980 übersichtlich und kritisch dar. Althoff, 1980, 110 kommt auf Grund einer gründlichen Analyse der Literatur und eigenen Untersuchungen zu dem Schluß, daß nicht eine einzige Ursache oder pathogenetisches Prinzip zum p.K. führt, sondern ein multifaktorielles Geschehen. (Tab. 2)

In seinem Untersuchungsgut von 599 p.K. zeigte ein großer Teil der p.K. Veränderungen im Respirationstrakt, der kleinere Enteropathien. Der zeitliche Beginn des pathologischen Prozesses muß in exogenen Faktoren (Viren, Bakterien, inadäquater Nahrung) gesehen werden, deren Bestehen postmortal nicht sicher nachgewiesen werden kann.

Durch Infektionen im Atemsystem, aber auch durch allergische Reaktionen kann es infolge von Schleimhautödem und Hypersekretion zu einer Erhöhung des Atemwiderstandes kommen. Auf diese Obstruktion der Atemwege, die auch durch Fremdkörper verursacht werden können, hat der Säugling nur unzureichende Kompensationsmechanismen. Da die Bronchiolen des Säuglings nur einen Durchmesser von 0,1 - 0,3 mm haben, erhöht schon ihr geringes Anschwellen den Atemwiderstand erheblich. Außerdem kann der Säugling auf Hypoxämie nur mit einer Erhöhung der Atemfrequenz reagieren. Die zunehmende Hypoxie kann ein Hirnoedem auslösen, wodurch die zentrale Atemregulation gestört wird, was zum Tod führen kann.

Bei den Enteropathien kommt es infolge von Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes zu komplexen organischen Veränderungen, die wiederum zum Gehirnoedem und zum Tod führen können. (Althoff, 1980, 111)



Tab. 2: Ätiologische und pathogenetische Faktoren des p.K. nach Althoff

Naeye, 1980, 114 diskutiert eine primäre Funktionsstörung im zentralen Nervensystem mit Beeinträchtigung des Atemzentrums. Auf Grund einer jahrelangen, gründlichen statistischen Analyse der Anamnese von p.K. stellte Naeye, 1980, verschiedene prä-, peri- und postnatale Faktoren fest. Naeye, 1980, 115, fand 6 Risikofaktoren, die unabhängig voneinander zum p.K. in Beziehung zu stehen scheinen. Vier von ihnen hängen mit der Schwangerschaft zusammen, einer ist genetischer Natur, einer ist milieubedingt (beengte Wohnverhältnisse). Nach der Geburt wurden bei p.K. gehäuft Störungen der Temperaturregulation, des Eßverhaltens, der Muskelspannung, der Reflexe und schwächeres Reagieren auf Umweltreize beobachtet.

Nachfolgende Tabelle soll einen Überblick über einige von verschiedenen Autoren ermittelten Risikofaktoren für den p.K. vermitteln. (Tab. 3)

Aus raumökonomischen Gründen soll auf die einzelnen Untersuchungen nicht näher eingegangen werden. Es sei hier nur darauf verwiesen, daß die meisten Autoren darin übereinstimmen, daß die Wirkung der sich teilweise bedingenden Risikofaktoren erst durch ihr gemeinsames Auftreten pathogen wird. Die Bedeutung der Risikofaktoren für den Tod der Säuglinge wird von den einzelnen Autoren je nach theoretischer Ausgangsbasis unterschiedlich interpretiert.

Aus der Fülle der theoretischen Ansätze soll das Erklärungsmodell von Lipsitt dargestellt werden, da er das Phänomen des p.K. aus psychologischer Sicht interpretiert: Lipsitt, 1979, 13, vertritt die Hypothese, daß perinatale Schädigungen eine angeborene Reaktionsschwäche und organische Defekte beim Säugling zu Verhaltens- und Lerndefiziten führen können. Demnach sind Säuglinge, die im Alter von 2-4 Monaten unfähig sind, die angeborenen Reflexe durch komplexe Verhaltensweisen, die unter kortikaler Kontrolle stehen, zu ersetzen in besonderer Gefahr, da sie dadurch unter Umständen defizient oder verlangsamt auf Verlegung der Atemwege reagieren. Das Fehlen von richtigen Abwehrmechanismen und eine ungenügende kompensatorische Mundatmung bei nasaler Okklusion führen nach Lipsitt möglicherweise zu Anoxie, Koma und letztlich zum p.K., wenn noch andere Faktoren wie Schlaf, Erkältung, ungenügende Reaktionen auf Gefahrenreize dazukommen. Diese Hypothese überprüfte Lipsitt an einer Untersuchungsgruppe von 15 p.K. Fällen, die er mit einer Kontrollgruppe, die sich aus den nächsten Geburten des gleichen Geschlechts zusammensetzte, verglich. Dieser Vergleich zeigte, daß die verstorbenen Kinder von Geburt an eine Risikogruppe war: Sie waren schwächer, zeigten Entwicklungsdefizite, Reanimationen wurden gehäuft durchgeführt, sie hatten niedrigere Apgar-Werte, längere Krankenhausaufenthalte. Einige Säuglinge hatten anoxische Ausfälle, durch diese kam es wahrscheinlich zu einer Verminderung der Aktivität. Als Folge dieser Krankheitsgeschichte des p.K. sieht Lipsitt, 1979, eine mangelnde Lernfähigkeit, die dazu führt, daß bestimmte Verhaltensweisen, die das Überleben sichern, ungenügend gelernt werden. Dadurch ist das Überleben des Säuglings bei Belastungen bedroht.

3. Kritik an den erwähnten Untersuchungen und Konzeption der durchgeführten Untersuchungen

Nachdem einige Theorien zur Ätiologie des p.K. und einige Untersuchungen zur Erfassung von Risikofaktoren genannt wurden, sei auf einige methodische und inhaltliche Probleme dieser Arbeiten aufmerksam gemacht.

Zuerst ist es notwendig, an die unterschiedlichen und unspezifischen Definitionen des p.K. zu erinnern. Daraus resultiert, daß unter dem Begriff p.K. hinsichtlich der Ursachen und der Anlässe des Todes völlig verschiedene Gruppen zusammengefaßt werden. Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche methodische Qualität der Arbeiten hinsichtlich des Untersuchungsguts, der Kontrollgruppe, der Fallzahl beider Gruppen, der Auswertung und der Interpretation der Ergebnisse.

Zu den Untersuchungen, die Risikofaktoren für den p.K. ermittelten, sei folgendes kritisch angemerkt:

- Sind die dargestellten Risikofaktoren für den p.K. spezifisch oder entsprechen sie den Risikofaktoren für die Säuglingssterblichkeit im allgemeinen (Naeye, 1976, 1207, Zachau-Christian- sen, 1972) ?
- Der Begriff " Risikofaktor " wird je nach der theoretischen Ausgangsbasis unterschiedlich verwendet: die Selektion von " Risikokindern ", ihre Behandlung und die Prävention hängt von der Sichtweise des Untersuchers ab.
- Problematisch an diesen Verfahren ist, daß die Trefferrate relativ niedrig ist. Carpenter, 1974, 729: " Verwendet man diese Risikofaktoren, so sind in einer high-risk-group, die 15% der Bevölkerung ausmacht, 60% der p.K. zu erwarten.
- Ein Grund für die relativ niedrige Trefferrate dieser Verfahren ist darin zu sehen, daß das soziale Umfeld zu wenig als " entwicklungsgefährdend " für den Säugling gesehen wird, sondern meist ausschließlich dessen Symptome (Speck, 1977, 11).
- Kritisch durchleuchtet seien hier auch die Interpretationen der Risikofaktoren des p.K. hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Ursache des Todes dieser Kinder. Unbestritten konnten die genannten Untersuchungen viele wichtige chemische, biologische, physische und soziale Einflüsse beim p.K. identifizieren - aber können diese das Phänomen, daß ein Kind stirbt, hinreichend erklären ? Warum kann ein Säugling solche Einflüsse " bewältigen ", ein anderer nicht ? Kommt es nicht auch auf die " Bewältigungsmöglichkeiten des Säuglings an, ob er mit pathogenen Einflüssen " fertig " wird oder nicht ?

Hier stellt sich schon die nächste Frage: Sind diese Bewältigungsmöglichkeiten als Symptome und Verhaltensweisen am Kind zu diagnostizieren? Kann der Säugling als ein "isolierter Organismus" gesehen werden, der durch zahlreiche Symptome und Verhaltensweisen zum "Risiko" wird, oder muß er vom Zeitpunkt der Empfängnis an, als ein Organismus gesehen werden, der in permanenten Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und organischen Einflüssen steht? (Maticsek, 1979, 15). Das bedeutet, daß sich der Säugling in ständiger Wechselwirkung mit seiner Mutter, seiner Familie und seiner ganzen physikalischen und sozialen Umwelt befindet. Diese Wechselwirkungen erfordern, daß der Säugling, seine Entwicklung, seine Krankheiten und dessen Tod aus verschiedenen Sichtweisen betrachtet werden muß: aus medizinischer, sozialer und psychologischer. Jede dieser Sichtweisen korrespondiert eng mit den jeweiligen Vorstellungen über Gesundheit, Krankheit und Tod, und führt zu verschiedenen Arten von Diagnose, Therapie und Prävention. Die medizinische Sichtweise liefert Erklärungsmodelle für medizinische Ursachen und Anlässe von Krankheiten. In vielen Fällen können die aus medizinischer Sicht gefährdeten Säuglinge durch Risikofaktoren selektiert werden und durch medizinische Behandlungsmethoden schwere Krankheiten geheilt, Störungen gemildert und in einigen Fällen auch der p.K. verhindert werden. Durch die naturwissenschaftlichen Methoden der Medizin werden die physiologischen Vorgänge, die zum Tod führen, in vielen Fällen erklärt, postmortale Untersuchungen liefern Hypothesen, Theorien und immer präzisere Erklärungsmodelle für die Ätiologie des p.K. Die soziale und psychologische Sichtweise sieht die Gesundheit, Krankheit und den Tod eines Menschen im Zusammenhang mit seiner Umwelt. Gerade der Säugling kann nicht isoliert von seiner Umwelt betrachtet werden. Die Familie mit ihren sozialen und psychologischen Faktoren spielen für seine Entwicklung eine entscheidende Rolle und sichern sein Überleben. Die Literatur über die Bedeutung der Familie für die Gesundheit bzw. Krankheit der Kinder ist unüberschaubar. Es seien deshalb nur einige Autoren genannt, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen: Richter, Stierlin, Lidz, Mahler, Bowlby, Bauriedl, Strotzka, Massing, Beckmann, Willi. Einige Autoren weisen sogar darauf hin, daß ohne eine geeignete Familie oder Bezugsperson der frühe und plötzliche Tod eines Säuglings eintreten kann. Vertreter dieser Hypothese sind u.a. Spitz, Seligman, Bauriedl.

Aus dieser Sichtweise muß sowohl Gesundheit, Krankheit als auch Tod eines Säuglings innerhalb dessen sozialen und psychologischen Umfeld gesehen werden. Das bedeutet für die Diagnose von "Risikokindern", für die Therapie von Störungen und für die Prävention von Krank-

heit und Tod im Säuglingsalter aus sozialer und psychologischer Sicht; die Einbeziehung der Familie, vor allem der Mutter, zur Diagnose, Therapie und Prävention von Störungen im Säuglingsalter.

Dieser Auffassung sind übrigens viele Mütter gesunder Säuglinge. Auf die Frage: " Was ist für einen Säugling so ungünstig, daß er stirbt ", gaben die meisten Mütter ähnliche Antworten wie: " Diesen Kindern fehlt die Familie." -"Ihre Mütter sind krank, haben wenig Zeit oder haben große Probleme." - " Den Kindern fehlt Geborgenheit ", usw.

Diese Aussagen beruhen auf Einfühlung und Intuition der Mütter. Liebe, Geborgenheit und die gesamte familiäre Situation und das Beziehungsgeflecht in der Familie sind mit naturwissenschaftlichen Methoden nicht ausreichend erfaßbar. Deshalb werden heute diese Bereiche aus der Forschung meist ausgeklammert oder ungenügend erfaßt.

In den vorliegenden Untersuchungen wurde versucht, das Phänomen des p.K. aus sozialer und psychologischer Sicht zu durchleuchten - die familiäre Situation des verstorbenen Kindes sollte dabei besonders berücksichtigt werden.

Im Laufe der Untersuchungen änderten sich teilweise die Ziele, Methoden, Hypothesen, Auswertungen und Interpretationen der Ergebnisse.

Zuerst sollen nun die Ziele der Untersuchungen, die methodischen Probleme und die Ergebnisse der Voruntersuchung dargestellt, anschließend die Hypothesen zu den weiteren Untersuchungen und deren theoretische Grundlagen erläutert werden.

4. Ziele der Untersuchungen

1. Das Anliegen der Voruntersuchung war die Hypothesengenerierung d.h., das Auffinden und Präzisieren von empirisch prüfbaren Fragestellungen.
2. Abstützung der Hypothesen durch die auf Grund einer Literaturanalyse eruierten theoretischen Grundlagen.
3. Das Anliegen der beiden Hauptuntersuchungen ist die empirische Überprüfung der theoretisch verankerten Hypothese.

5. Methodische Probleme

Auf Grund der Ziele der empirischen Untersuchung schien das Interview als Methode am geeignetsten. Da nur im Interview ein persönlicher Kontakt zu den Befragten hergestellt werden kann, durch den die Erfassung der sozialen und psychologischen Faktoren der Familien möglich ist, wurde eine strukturierte Befragung nicht in Erwägung gezogen.

Scheuch definiert das Interview als ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlaßt werden soll. Betrachtet man die Charakteristik des Interviewprozesses nach Seidenstücker, 1976, 377, so lassen sich folgende Funktionen des Interviews voneinander abgrenzen: Kontakt zum Befragten herstellen, Fakten gewinnen (über psychische und soziale Faktoren der Familie des verstorbenen Kindes) und therapeutische Einwirkung auf den Befragten (Trauerarbeit).

Obwohl das Interview wegen der oben genannten Funktionen die geeignetste Methode für diese Untersuchungen ist, ist dessen Verlauf durch zahlreiche Verzerrungen beeinflusst. Eine Quelle dieser Verzerrungen ist der Untersucher selbst. Er nimmt seine eigenen Probleme wahr und setzt subjektive Akzente hinsichtlich seiner theoretischen Position, seiner Fähigkeit und Erfahrung, seiner Einstellungen, Erwartungen, Bedürfnisse und Hypothesen und übersieht dabei möglicherweise wichtige Zusammenhänge. Er selektiert und akzentuiert die Inhalte des Interviews. Eine weitere Quelle der Verzerrungen ist die Heterogenität zwischen und innerhalb der Untersuchungsgruppen. Der Verlauf des Interviews wird entscheidend auch davon bestimmt, ob es sich um ein Gespräch mit einer Mutter der Untersuchungsgruppe oder der Kontrollgruppe handelt. Für die Mütter der Untersuchungsgruppe hat das Interview durch die Trauerreaktion und Schuldgefühle starken Streßcharakter. Die betroffenen Mütter weinen viel und haben meist große Probleme. Folgendermaßen soll auf ihre Situation eingegangen werden: ausreden und ausweinen lassen, belastende Interviewfragen weglassen, durch Annahme der Gefühle emotionalen Kontakt herstellen. Dieses Eingehen auf die Befragten vermindert möglicherweise die Objektivität und Validität des Interviews.

Weitere durch die Untersuchungsgruppe intendierte Einflüsse sind die Heterogenität hinsichtlich sozialer Schicht, eng damit zusammen hängen schichtspezifische Normen und Verhaltensweisen und Probleme der Sprache. Sprachschwierigkeiten bestehen besonders bei Ausländern.

Die Tendenz, im Sinne sozialer Erwünschtheit zu antworten und persönliche Einstellungen zu unterdrücken, beeinflusst das Interview mit der Untersuchungsgruppe durch die Trauerreaktion und die damit verbundenen Schuldgefühle mehr als das der KG. Neben diesen Verzerrungen wird der Verlauf des Interviews auch von folgenden situationsspezifischen Variablen beeinflusst: zeitlicher Abstand zwischen Interviewtag und Todestag, räumliche Situation des Gespräches (ob das Fernsehgerät, oder Radio angeschaltet sind, ob immer wieder andere Leute im Raum sind, usw.), Gesprächsteilnehmer (ob das Interview mit der Mutter des verstorbenen Kindes allein, im Kreis der Familie oder mit anderen Familienmitgliedern durchgeführt wurde).

Weitere methodische Probleme intendiert die Heterogenität der Untersuchungsgruppe hinsichtlich der Todesursache (es stellt sich hier die Frage, ob das Untersuchungsgut wirklich nur p.K. enthält), des Alters der verstorbenen Kinder und hinsichtlich der sozialen und psychologischen Situation der Familie der verstorbenen Kinder.

Eine weitere methodische Schwierigkeit bietet die Wahl der Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe dieser Untersuchungen beinhaltet lebende Kinder, parallelisiert nach Geburtsdatum. Die retrospektive Analyse und ein Vergleich zwischen der KG und der Untersuchungsgruppe ist durch den Tod akzentuiert und viele Faktoren werden dadurch verzerrt beurteilt.

In dieser Untersuchung soll die gesamte psychologische und soziale Situation der interviewten Mütter, deren Kinder und der Familie erfaßt werden. Durch die einzelnen Interviewfragen und Einfühlung soll die familiäre Situation erfaßt werden.

Der Untersuchung der interpersonalen Wahrnehmung ist es bisher noch nicht gelungen, die essentielle und positive Rolle der Einfühlung zu beschreiben. Außer der empirischen Absicherung der Erfahrungstatsache, daß Personen den mimischen Ausdruck anderer unmittelbar verstehen und richtig deuten (Carpenter-Effekt), konnte die Emopathie bisher nicht exakt erfaßt werden.

Der Prozeß des Verstehens durch Wissen, dessen Basis das Interview und Einfühlung ist, kann mit dem Bild eines entstehenden Mosaiks dargestellt werden, dessen Einzelteile vorhanden sind, von dessen endgültiger Gestalt noch keine Kenntnis vorliegt. Mit Hilfe der Betrachtung der Einzelteile kann sich ein erstes vages Vorverständnis von dem ergeben, was das Mosaik als ganzes darstellen könnte. In dieses Vorverständnis gehen neben den Wahrnehmungen

der Einzelteile auch Einstellungen und Erwartungen der Person ein, die das Mosaik zusammensetzen will. Diese Erwartung bestimmt die Stellung der Einzelteile. Je mehr einzelne Inhalte gegeben sind und je besser sie verstanden werden, umso tiefer kann man das Ganze erschließen. Da dieses " Ganze " nämlich die Situation der Familie des Kindes und die Beziehungen zwischen den Eltern, Geschwistern und dem Kind retrospektiv schwer erfaßbar ist, ist die Intuition des Untersuchers von großer Bedeutung. Begreift man die Intuition nicht als unmittelbare, durch Erfahrung oder verstandesmäßige Überlegung (Reflexion) gewonnene Einsicht, sondern als Erleben der Wirklichkeit, so ist die Einsicht von der " Erlebensfähigkeit " des Untersuchers abhängig und daher wegen ihrer Subjektivität willkürlich und unüberprüfbar.

Diesem Einwand setzt Bauriedl entgegen, daß es nicht um absolute Richtigkeit oder Falschheit, sondern um relative geht, und daß es nötig ist, daß jeder den Standpunkt angibt und untersucht, von dem aus er seine Aussagen macht. Die " Objektivität " ist nach Bauriedl als dialektische Intersubjektivität zu sehen.

Die intuitive Empirie bezeichnet Bauriedl als Methode der Psychoanalyse. Bauriedl: " Der Begriff der intuitiven Empirie soll ausdrücken, daß Intuition eine wissenschaftliche Erfahrung ist. Vom beziehungsanalytischen Standpunkt aus gesehen, besteht die intuitive Erfahrung in einer Zuordnung von Bedeutungen (Erlebnisqualitäten) zu bestimmten Phänomenen. Diese Zuordnung ist das Gleiche wie eine Erfassung von Zusammenhängen oder Beziehungen. Als Emorie bezeichnet man im allgemeinen die Methode der experimentellen Erfahrung. Sie gewinnt Daten aus dem Umgang mit dem wissenschaftlichen Gegenstand und bereitet sie in bestimmter Weise auf. Die Psychoanalyse geht mit dem Gegenstand um, indem sie persönlich Beziehung zu ihm aufnimmt. Für den Psychoanalytiker als Wissenschaftler ist eine exakte Wahrnehmung der Situation nur dann möglich, wenn er sich im Hier und Jetzt voll auf seine Empfindungen einläßt. Die der intuitiven Empirie zugrundeliegende Art der Wahrnehmung ist die Wahrnehmung aus beziehungsanalytischer Sicht." (Bauriedl, 1980, 71)

In der Diskussion über den wissenschaftstheoretischen Ort der Psychoanalyse (Perrez, 1969) ist das Problem der Wissenschaftlichkeit der psychoanalytischen Methoden erörtert worden.

Nach Henseler, 1974, 18, stellt die hermeneutische Methode eine unerläßliche hypothesenschaffende Methode für alle Wissenschaften dar, die menschliche Verhaltensweisen und ihre psychosozialen Mo-

tivationen im zwischenmenschlichen Feld untersuchen sowie die Rolle des Beobachters und seine interpretierende Einwirkung berücksichtigen.

Zur Absicherung der Hypothesenbildung gegen Irrtum nennt er u.a. folgende Kriterien (Henseler, 1974, 19):

- a) Der Verstehensprozeß ist von bestimmten Annahmen und Theorien geleitet.
- b) Die Zuverlässigkeit des gewonnenen Bildes steigt mit der Zahl der Informationen. Jede neue Information stellt die Hypothese in Frage bzw. erhärtet sie, wenn sie sich integrieren läßt.
- c) Eine weitere Erhöhung der Zuverlässigkeit bringt die klinische Erfahrung mit, sofern die Gefahr der theoretischen Voreingenommenheit bewußt bleibt.

Die Interpretationen am Einzelfall werden erhärtet durch analoge Erfahrungen an vielen Fällen. Sie erfährt Bestätigung bei Übereinstimmung durch andere Beobachter (Inter-Beobachter- Übereinstimmung) und durch den Vergleich der Erfahrungen, die viele andere Beobachter bei ähnlich gelagerten Fällen gesammelt haben.

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf subjektiven Beurteilungen. In Gesprächen mit Psychologen, Ärzten und Pädagogen wurde aber immer wieder festgestellt, daß die Fälle ähnlich beurteilt wurden. Es scheint, daß die " subjektiven " Normen stark übereinstimmen.

6. Ergebnisse der Voruntersuchungen

Diesen Ergebnissen liegt ein Untersuchungsgut von 31 plötzlichen Kindstodsfällen aus dem Jahre 1977 zugrunde.

Sie wurden alle im Institut für Rechtsmedizin in München untersucht. Mit 13 betroffenen Müttern wurden persönliche Gespräche geführt. Zum Vergleich wurden 13 Kontrollmütter, die ein gesundes Kind unter einem Jahr hatten, interviewt.

Folgende Bereiche wurden erfaßt: soziale und psychologische Situation der Familie, Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung und Todesumstände des verstorbenen Kindes.

Eine soziologische und psychologische Analyse der betroffenen Familien zeigte:

- a) Die Hälfte der betroffenen Familien lebte in äußerst ungünstigen sozialen Verhältnissen:
 - Die betroffenen Mütter waren jünger als die KG. Die jüngste Mutter der p.K. Gruppe war 17 Jahre, eine 18 Jahre, eine hatte ihr zweites Kind mit 19 Jahren,
 - 3 betroffene Mütter lebten in äußerst ungünstigen finanziellen Verhältnissen (von DM 50,-- bis DM 300,-- monatlich),
 - Die Hälfte der betroffenen Eltern hatte ungünstige beengte Wohnverhältnisse.
- b) Ein Großteil der betroffenen Mütter hatte große psychische Belastungen:
 - Belastungen in der Kindheit, wie Ablehnung von Vater und Mutter, Alkoholismus, Mißhandlungen, Sündenbockrolle,
 - eine fehlende oder konfliktreiche Beziehung zum Partner und auf Grund psychischer Merkmale wie Hilflosigkeit keine Möglichkeit zur Bewältigung dieser Belastungen,
- c) Die Summation der sozialen und psychischen Belastungen der Familien und die mangelnde Möglichkeit, diese Belastungen zu überwinden, hatte in ihrer Akkumulation ungünstige Auswirkungen auf die Situation der Familie und deren Mitglieder.
Schon die Schwangerschaft war für viele Familien bzw. Frauen eine große Belastung - in 9 Fällen war diese auch ungeplant und unerwünscht. Die Geburt und Entwicklung der betroffenen Säuglinge war auch problematischer als in der Kontrollgruppe.

Diese Probleme und Belastungen führten dazu, daß die betroffenen Mütter häufig eine unzureichende oder ungeeignete Beziehung zu ihrem Säugling hatten.

Diese Ergebnisse der Voruntersuchung faßte ich 1979 folgendermaßen zusammen:

" Wenn mehrere Belastungen (wie Viren, Streß) einen Säugling in einem labilen Alter (physiologisch, anatomisch, psychologisch) überfluten, kann dieser, bedingt durch frühere Umwelteinflüsse, genetischen und altersbedingten Faktoren mit einem pathogenen Verhalten reagieren (Streßreaktion, Apnoe), das unter Umständen zum plötzlichen Kindstod führt. Diese Reaktion wird von den oben genannten sozialen und psychischen Faktoren unterstützt."

7. Arbeitshypothesen

Aus den Ergebnissen der Voruntersuchung konnten folgende Hypothesen abgeleitet werden:

1.)

Die organischen, sozialen und psychologischen Reaktionen und Verhaltensweisen des Säuglings entwickeln sich in ständiger Wechselwirkung mit seiner Familie und seiner übrigen sozialen Umwelt.

2.)

Der p.K. ist hinsichtlich Anlässen, Umständen und Ursachen des Todes multivariat determiniert. Die Todesfälle ereignen sich phänomenologisch plötzlich - eine Analyse der familiären Umwelt dieser Säuglinge zeigt aber, daß in einem Großteil der Fälle eine ungünstige Entwicklung " prädisponiert " und prospektiv zu erwarten ist, retrograd scheint bei einem Großteil der Kinder der Tod weder plötzlich noch unerwartet.

3.)

Ein Großteil der betroffenen Kinder lebt in einer aus sozialer und psychischer Sicht ungünstigen familiären Umwelt:

- ungünstig auf Grund eines Mangels an positiven Lebens- und Entwicklungsbedingungen,
- ungünstig auf Grund einer Akkumulation negativer Lebens- und Entwicklungsbedingungen.

4.)

Diese negativen Lebens- und Entwicklungsbedingungen können die Entwicklung des Säuglings beeinträchtigen und zwar:

- seine physiologische Entwicklung (Gehirn),
- seine soziale Entwicklung (Kontaktverhalten) und
- seine psychologische Entwicklung (Motivation, Lernen).

Physiologische Entwicklungsstörungen können sich z.B. in Störungen des zentralen Nervensystems, des Reflexverhaltens, der Motorik und der Atmung äußern. Soziale Entwicklungsstörungen zeigen sich in einem inadäquaten oder mangelnden Kontaktverhalten. Psychologische Entwicklungsstörungen können sich als mangelnde Lernfähigkeit, mangelnde Kompetenz, Hilflosigkeit aber auch als Verhaltensstörung und Psychosen (Autismus, Depression) manifestieren.

Eine Abgrenzung zwischen physiologischen, sozialen und psychologischen Störungen ist meist nicht möglich, da die Bereiche in Wechsel-

wirkungen stehen.

5.)

Die Entwicklungsstörungen führen unter Umständen dazu, daß der Säugling mit Belastungen und Stressoren nicht fertig wird, " verwundbarer " und hilfloser ist. Dadurch ist sein Risiko zu sterben höher als das eines gesunden Säuglings, der mit Streß und Belastung fertig wird und " unverwundbar " ist.

8. Theoretische Grundlagen zur Begründung der Arbeits- hypothesen

8.1. Vorbemerkungen

In der theoretischen Begründung dieser Untersuchung wird der p.K. als eine mögliche Folge von negativen Entwicklungsbedingungen und zahlreichen Belastungen und Stressoren gesehen. Die negativen Entwicklungsbedingungen haben zwei Wurzeln: entweder fehlen positive Entwicklungsbedingungen oder es kommt zu einer Akkumulation von negativen Entwicklungsbedingungen. Deshalb sollen sowohl die positiven als auch die negativen Entwicklungsbedingungen dargestellt werden. Diese Darstellung erscheint auch deshalb günstig, da die erarbeiteten Beiträge so übersichtlich eingeordnet werden können.

Die Entwicklung eines Säuglings wird einerseits von seiner Familie, insbesondere seiner Mutter, andererseits von phasenspezifischen Einflüssen geprägt. Diese Einflüsse stehen in Wechselwirkungen und haben zahlreiche Verhaltensweisen und Merkmale des Kindes zur Folge. Das Kind beeinflusst mit seinen Merkmalen und Verhaltensweisen die Familie. Das Zusammenspiel der genannten Komplexe bestimmt die Reaktionen des Kindes und entscheidet darüber, ob das Kind mit Belastungen wie Krankheit, Stressoren usw. fertig wird.

Die theoretische Darstellung dieser Inhalte ist dadurch erschwert, da dieser Ansatz auf zahlreichen Theorien und Modellen basiert, denen jeweils verschiedene Methoden, theoretische Konzeptionen und Begriffe zugrunde liegen.

Folgende Bereiche, die die Entwicklung eines Säuglings beeinflussen werden erfaßt: die Familie des Kindes hinsichtlich sozialer Faktoren, psychologischer Merkmale von Vater und Mutter und der Beziehungen innerhalb der Familien, die Einflüsse während der Entwicklungsphasen des Säuglings während der Schwangerschaft, vor, während und nach der Geburt und im 1. Lebensjahr. Schließlich sollen die Auswirkungen und Einflüsse auf den Säugling beschrieben werden. Die genannten Einflüsse werden sowohl als positive, als auch als negative Entwicklungsbedingungen aus sozialer und psychologischer Sicht dargestellt. Die möglichen Auswirkungen negativer Entwicklungsbedingungen sind unspezifisch und deshalb sollen einige Störungen, die unter Umständen den Säugling "verwundbarer" machen und sein Risiko, bei bestimmten Belastungen zu sterben, vergrößern, beschrieben werden. Extrem ungünstige Situationen, die bei Tier und Mensch zum Tode führen können, schließen die Arbeit ab.

Die Beschreibung aller dieser Arbeit zugrundeliegenden Theorien würde

deren Rahmen sprengen, deshalb wird hier auf ihre vollständige Darstellung oder auf kritische Anmerkungen verzichtet.

8.2. Positive Entwicklungsbedingungen

Positive Entwicklungsbedingungen führen dazu, daß sich Säuglinge günstig entwickeln können, " unverwundbarer " sind und gegen pathologische Einflüsse aus der Umwelt relativ immun sind. Die Kinder, die gedeihen, wo andere scheitern, wurden erst vor kurzem von den Wissenschaftlern entdeckt.

Bisherige Forschungsergebnisse scheinen auf drei grundlegende Gemeinsamkeiten in der Entwicklung dieser Kinder hinzudeuten: Pines, M., 1979, 58: " Zu allererst brauchen die angehenden Superkinder unbedingt eine gute Beziehung zu mindestens einem Erwachsenen, besonders während ihrer ersten Lebensjahre. Dies ist die Voraussetzung für das Urvertrauen. Anthony glaubt, daß das 1. Jahr dabei das wahrscheinlich wichtigste ist. Das psychisch unverwundbare Kind erlebt eine warme, befriedigende Beziehung von Mensch zu Mensch, die es für das Leben wappnet. In diesem Sinn sagt White: " Ich glaube nicht, daß es überhaupt Unverwundbare gibt. Jedes Kind braucht einen Menschen, der in seinen ersten sieben Lebensmonaten auf seine Unlustäußerungen reagiert und mit dem es eine grundlegende Vertrautheit entwickeln kann. Der Kernpunkt davon ist, daß man einen anderen Menschen hat, der in einer ganz besonderen Weise für einen sorgt. Zum zweiten brauchen die Kinder Herausforderungen, um zu Unverwundbaren zu werden. Superkinder sind nie übermäßig umsorgt worden. Drittens gibt es eine Grenze für die Anzahl und Schwere der Belastungen, denen ein Kind zu einer bestimmten Zeit ausgesetzt sein darf. Durch die Akkumulation von zwei oder mehreren der folgenden Belastungen würde nach Rutter auch das unverwundlichste Kind zusammenbrechen: schwere Ehestreitigkeiten, niedriger sozialer Status, ein überfülltes Zuhause, psychiatrische Störungen bei der Mutter, Kriminalität des Vaters und die Aufnahme in eine Pflegeanstalt oder eine ähnliche Einrichtung."

Die positiven Entwicklungsbedingungen dieser unverwundbaren Kinder sind also eng verwoben mit deren Familien und ihren Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung durch eine kontinuierliche und adäquate Beziehung zu einer Bezugsperson.

8.2.1. Günstige familiäre Situation

Auf die Bedeutung der Familie für die Gesundheit des Kindes weisen u.a. Spitz, Bowlby, Rutter, Seligman, Bauriedl, Winnicott und Langmeier hin. Langmeier, 1977, 111, betont, daß die Familie die lebenswichtigen Bedürfnisse des Kindes, seine physischen, emotionalen, intellektuellen und moralischen, befriedigt. Die Familie kann diese Bedürfnisse nur dann genügend befriedigen, wenn verschiedene soziale und psychologische Voraussetzungen erfüllt sind.

8.2.1.1. Soziale Faktoren

Soziale Faktoren, die sich positiv auf die Entwicklung eines Säuglings auswirken, werden in der Literatur kaum beschrieben. Geht man davon aus, daß diejenigen sozialen Faktoren, die nicht als Risikofaktoren in der Literatur beschrieben werden, für die Entwicklung eines Säuglings positiv sind, so kann man analog zu Kap. 8.3.2.1. folgende soziale Faktoren als günstig betrachten.

8.2.1.1.1. Alter der Mutter

Aus medizinischer Sicht wird als günstiges Gebäralter ein Alter zwischen 18 Jahren und 35 Jahren angegeben (Pechstein). Eine Untersuchung, die 1975 in 26 Kliniken in Oberbayern durchgeführt wurde, ergab als ideales Alter der Mutter zwischen 26 und 30 Jahre (Quick, 1978, 16). Aus psychologischer Sicht weisen Winnicott und Spitz darauf hin, daß die Mutter eine gewisse Reife haben sollte, die sie befähigt, auf die Bedürfnisse des Säuglings einzugehen. Eng verbunden mit dem Alter der Mutter ist die Erwünschtheit der Schwangerschaft. Nach einem Forschungsbericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG, 1977, 28) ist die Schwangerschaft bei über 20- und unter 30-jährigen gehäuft erwünscht.

8.2.1.1.2. Vollständigkeit der Familie

Langmeier, 1977, 111, weist auf die Bedeutung der Vollständigkeit der Familie hin. Er betont dabei die Rolle des Vaters als ein gewisses Vorbild im männlichen Auftreten, als Quelle der Sicherheit und der Autorität.

Charlesworth, ein Ethologe, betont, daß das Vorhandensein und das Zusammenbleiben der Eltern während der frühen Jahre der Nachkommen ökonomisch und praktisch notwendig ist, wenn ein noch inkompetentes Kind versorgt, ernährt, beschützt, sozialisiert und erzogen werden soll. (zit. nach Großmann, 1977, 27)

8.2.1.1.3. Schichtzugehörigkeit

Eine gesicherte soziale Stellung der Familie ist die Voraussetzung dafür, daß die Grundbedürfnisse eines Säuglings genügend befriedigt werden können. Nur wenn die Eltern über ein Einkommen verfügen, mit dem sie das Lebensnotwendigste bestreiten können, kann sich ein Säugling positiv entwickeln. Grundbedingungen für eine günstige Entwicklung ist nämlich u.a. ein adäquater und beständiger Wohnsitz, d.h. eine hinsichtlich Größe und Beschaffenheit familiengerechte Wohnung, eine gesunde Ernährung und altersentsprechende Pflege.

8.2.1.2. Merkmale und Verhaltensweisen der Eltern

In zahlreichen psychologischen Erklärungsmodellen über Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter werden diese auf Merkmale und Verhaltensweisen ihrer Eltern zurückgeführt (Kap. 8.3.1.2.). Je nach theoretischer Ausgangsbasis werden verschiedene Merkmale bzw. Verhaltensweisen der Mutter genannt, die sich positiv auf den Säugling auswirken.

Aus psychoanalytischer Sicht beschreibt Winnicott folgende positive Tendenzen von seiten der Mütter. Winnicott, 1965, 29: " Nur wenn der Säugling eine ausreichend oder hinreichend gute Mutter hat, beginnt das Kind den Entwicklungsprozeß. Alles hängt von der Fähigkeit der Mutter ab, Ich-Unterstützung zu geben. Das Ich der Mutter ist auf das Ich des Säuglings eingestellt, und sie kann ihn nur unterstützen, wenn sie auf ihn eingehen kann. Das Kind, dessen Ich wegen der Ich-Unterstützung durch die Mutter stark ist, wird früh es selbst." Die genügend oder hinreichend gute Mutter lebt in den ersten Wochen des Kindes in einem spezifischen Zustand, dem Winnicott, 1976, 157, den Namen primäre Mütterlichkeit gibt. Dieser Zustand, in welchem die Mutter auf die Bedürfnisse des Säuglings einfühlsam anspricht, bietet nach Winnicott die Voraussetzung dafür, daß der Säugling

auf der Grundlage einer ausreichenden "Lebenskraft" sein Ich entwickeln kann. Auf die Bedeutung der Einfühlung der Mutter für die Entwicklung des Säuglings wird auch sowohl aus lernpsychologischer als auch aus ethologischer Sicht hingewiesen. Da sich die ethologische Konzeption um eine Zusammenschau verschiedener theoretischer Ansätze bemüht (Grossmann, 1977, 11), soll auf zwei wichtige Vertreter dieses Ansatzes, nämlich Ainsworth und Grossmann, eingegangen werden. Nach Ainsworth hat die Feinfühligkeit der Mutter vier unerläßliche Bestandteile: Die Mutter muß die Signale des Kindes bemerken, richtig interpretieren, sich auf die Signale hin angemessen verhalten und auf diese prompt reagieren. (zit. nach Grossmann, 1977, 98). Nach Grossmann, 1977, 99, hat das Bemerken der Signale des Babys und seiner Kommunikation durch die Mutter zwei Aspekte: Sie muß für die Kommunikation des Babys erreichbar sein, und eine niedrige Schwelle für die subtilsten Mitteilungen, Signale und Bedürfnisse des Babys haben. Sehr einfühlsame Mütter reagieren in ihren Interaktionen prompt und angemessen in Art und in Qualität.

Eine Voraussetzung dafür, daß die Mutter in der Lage ist mit dem Säugling angemessen und einfühlsam zu interagieren ist ihre persönliche Lebensgeschichte. Spitz, 1973, 83: "Die Kindheits-erlebnisse der Mutter werden die Rolle bestimmen, welche ein Kind in ihrem seelischen Haushalt spielen wird." Diese Kindheitserlebnisse teilt Spitz in zwei Hauptgruppen ein: Erstens wie sich die Mutter in ihrer Entwicklung mit der Weiblichkeit auseinandergesetzt hat, zweitens wie sie ihre Triebe verarbeitet und ihre Triebkonstellationen und Persönlichkeit strukturiert hat.

Eine weitere Voraussetzung für die einfühlsame Kommunikation der Mutter ist ihre soziale Sicherheit. Nur wenn sie ihre eigenen Grundbedürfnisse nach sozialer Sicherheit befriedigt hat, kann sie auf die "subtilsten" Signale des Säuglings eingehen.

Eine weitere Grundbedingung für das einfühlsame Verhalten der Mutter ist ihre Beziehung zum Partner, denn diese wirkt sich sowohl auf die Einstellung als auch auf das Verhalten der Mutter dem Kind gegenüber aus.

8.2.1.3. Beziehungen in der Familie

U.a. folgende Autoren (Stierlin, Willi, Richter, Bauriedl) analysieren Beziehungen in der Familie und ihre Auswirkungen auf deren Mitglieder. Stierlin, 1978, 108, bezeichnet die Familie als ein Beziehungsgefüge, dessen Struktur und Bewegung als Ganzes darüber entscheidet, wie dem Einzelnen die Entwicklung und Behauptung seiner Autonomie gelingt. In diesem Beziehungsgeflecht hebt Stierlin besonders die Abgrenzungs- und Versöhnungsarbeit hervor, Versöhnung im Sinne des Sich-Einstellens auf den Partner, d.h. dessen Bedürfnisse befriedigen, seine Weltsicht anerkennen und Autonomie und Individualität bewahren. Die Beziehung der Eltern spielt nach Stierlin für das Kind eine besondere Rolle, weil das Spiel der Familienbeziehung auf die Mutter-Kind-Beziehung rückwirkt. Die Familie liefert dem Kind auch die wichtigsten Beziehungspartner. Zu all diesen kann das Kind eine Beziehung der positiven oder negativen Gegenseitigkeit unterhalten. Die Forderung, für das Kind da zu sein, können die Eltern nur erfüllen, wenn ihre Beziehung schon gefestigt ist und von einer positiven Gegenseitigkeit durchdrungen ist. In diesem Begriff der positiven Gegenseitigkeit teilt sich mit, daß lebendige Partner aufeinander einwirken, daß es zu Austausch und Reziprozität kommt. (Stierlin, 1978, 66).

Zusammenfassende Bemerkung:

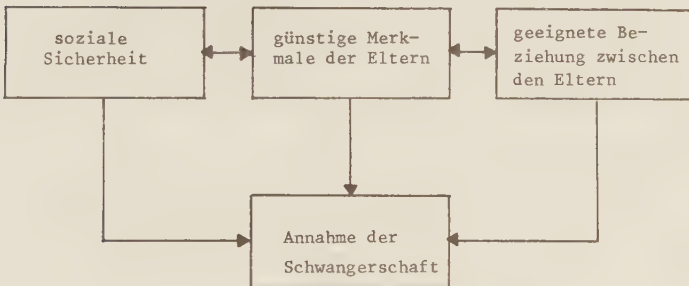
Bevor die positiven Einflüsse während der Entwicklungsphasen des Säuglings beschrieben werden, sei darauf hingewiesen, daß dessen relativ altersunabhängige Grundbedürfnisse durch die Familie befriedigt werden müssen, da ihre Deprivation in allen Entwicklungsphasen zu schweren Störungen führen kann.

Die Entwicklungsbedingungen eines Säuglings sind eng verwoben mit dessen Familie. Ein Säugling kann sich nur dann positiv entwickeln, wenn die Familie seine Bedürfnisse adäquat befriedigt. Nur wenn verschiedene soziale und psychologische Voraussetzungen erfüllt sind ist die Familie hierzu in der Lage. Nur durch ihre soziale Sicherheit (Vollständigkeit der Familie, gesicherte soziale Stellung, geregeltes Einkommen, kindergerechte Wohnverhältnisse) kann die Familie den Säugling versorgen, ernähren und beschützen. Ein " gutes Nest " ist die Grundvoraussetzung für die gesunde Entwicklung eines Säuglings. Aus psychologischer Sicht sind die Entwicklungsbedingungen eines Säuglings dann günstig, wenn dieser eine hinreichend gute Mutter hat, die durch das adäquate Reagieren auf seine Signale, seine Bedürfnisse nach Nahrung, Bewegung,

Pflege, Stimulation, Lernen und Interaktion adäquat befriedigen kann. Voraussetzung für diese mütterliche Einfühlung ist einerseits ihre soziale Sicherheit, andererseits eine gefestigte Beziehung zu ihrem Partner.

Die Bereitschaft zu einer Schwangerschaft und die Annahme eines Säuglings können die Eltern nur dann erfüllen, wenn sie auf Grund sozialer und psychologischer Merkmale eine geeignete Beziehung aufbauen können, in der die gegenseitigen Bedürfnisse und die eines Säuglings befriedigt werden können.

Vom Zeitpunkt der Empfängnis an wirken sich die genannten sozialen und psychologischen Faktoren positiv auf die Entwicklung des Säuglings während seiner Entwicklungsphasen aus, was folgendes Schema veranschaulichen soll:



Tab.4: Soziale und psychische Faktoren, die die Schwangerschaft beeinflussen

8.2.2. Positive Einflüsse während der Entwicklungsphasen des Säuglings

Will man die Grundbedürfnisse des Säuglings nicht willkürlich mit einem bestimmten Zeitpunkt beginnen lassen, so muß man davon ausgehen, daß vom Zeitpunkt der Zeugung an verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um sein Überleben zu sichern.

8.2.2.1. Positive Einflüsse während der Schwangerschaft

Aus psychologischer Sicht ist der Schwangerschaftsverlauf für den Embryo dann günstig, wenn das Kind erwünscht ist, wenn sich die Mutter auf das Kind freut, wenn sie während der Schwangerschaft zu dem Kind eine Beziehung herstellen kann, sich auf die Geburt und das Kind vorbereiten und die Konflikte, die die Schwangerschaft, Geburt und der Säugling mit sich bringen, ertragen kann. Müller, K. 1975, 17: " Der Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt, besonders aber die Entwicklung des Kindes im Mutterleib werden wesentlich von der Gefühlslage der Mutter bestimmt. Ausgeglichenheit und freudige Erwartung, vor allem aber das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit, sind Voraussetzungen einer guten Entwicklung des Kindes und eines komplikationsfreien Verlaufs von Schwangerschaft und Geburt."

Mussen, P. 1976, 120, weist darauf hin, daß eine " normale " pränatale Entwicklung nur dann auftreten kann, wenn der Organismus selbst und seine Umwelt sich innerhalb dessen halten, was wir in etwa unter normalen Grenzen verstehen. Die Vererbung mag dabei entschieden zu vielen Möglichkeiten oder Grenzen des Individuums beitragen, doch sind die meisten seiner Eigenschaften Folgeerscheinungen komplexer Interaktionen zwischen genetisch übertragenen Faktoren und Umwelteinflüssen.

In einer günstigen physischen, sozialen und psychologischen Umwelt können Wachstum, und Entwicklung des angeborenen Potentials verwirklicht, erleichtert und gesteigert werden. Mussen deutet auch darauf hin, daß die körperliche und gefühlsmäßige Verfassung der Mutter bedeutsame Einflüsse auf den Verlauf der Entwicklung des Fötus sowie die spätere Gesundheit und Anpassung des Kindes ausüben.

In einer Untersuchung über die Auswirkungen von Einstellungen zur Schwangerschaft auf den Säugling fand Rottmann, 1974, 73, daß

ideale Mütter, gekennzeichnet durch eine bewußte und unbewußte Annahme der Schwangerschaft, eine positive Einstellung zur Schwangerschaft, Geburt, Stillen und zu Kindern sichtbar am besten mit ihrer biologischen Rolle als Mutter identifiziert sind, emotional überaus stabil und belastungsfähig und somatisch gesund sind und am wenigsten Schwangerschaftsbeschwerden haben. Sie weisen den leichtesten und kürzesten Geburtsverlauf auf. Frühgeburten und Übertragungen haben in dieser Gruppe ein Minimum.

Rottmann ist im Gegensatz zu Erikson der Meinung, daß das Urvertrauen in der positiven glücklichen Beziehung der Mutter zur Schwangerschaft und zum Kind bereits vorgeburtlich angelegt wird. Weiter weist Rottmann darauf hin, daß die Bedeutung der " wohltuenden Einstellung zum werdenden Leben " in anderen Kulturen seit jeher sehr verbreitet ist. Rottmann, 1974, 84: " In dem alt-indischen, medizinischen Werk Bhava Prakasa finden wir nach Sharma folgende Verhaltensregeln für die Schwangere, die ein optimales Gedeihen des Kindes gewährleisten soll. Von Anfang der Schwangerschaft an muß die Mutter ein reines Leben führen, den Anblick häßlicher Dinge und Personen, sowie auch häßliches zu hören vermeiden, da dies den Fötus schädigen könnte. Aristoteles sagte: Schwangere Frauen müssen für ihren Körper Sorge tragen, ihr Gemüt aber sollten sie von Sorgen freihalten, denn das werdende Kind nimmt vieles von der es tragenden Mutter an, wie die Pflanze von dem Erdreich, in dem es wurzelt. "

8.2.2.2. Positive Einflüsse vor, während und nach der Geburt

Die Vorstellung der bevorstehenden Geburt geht bei jeder Schwangeren mit Phantasien und Ängsten einher. Zur Verminderung der Geburtsängste und damit der Schmerzen wurden deshalb in den letzten Jahrzehnten vermehrt psychologische Vorbereitungsmethoden angewendet. Dick Read, Lamaze, Leboyé sind Wegbereiter dieser Methoden, die je nach Schwerpunkt aufklärende, gymnastische, atemtechnische, lerntheoretische und autosuggestive Hilfen zur Geburtsvorbereitung geben. MacFarlane, A. 1978, 51, faßt die Ziele dieser Methoden folgendermaßen zusammen: Durch die Methode der natürlichen Geburt soll der Mutter dadurch zu Selbstvertrauen verholfen werden, daß man sie und ihren Mann über physio-

logische Abläufe der Schwangerschaft und Geburt unterrichtet. In Kursen soll sie lernen, die Veränderungen im Körper zu verstehen und zu kontrollieren. So werden Ängste abgebaut. Dem zukünftigen Vater kommt in dieser Zeit auch große Bedeutung zu: Er muß sich auf die Vaterrolle vorbereiten und seine Frau unterstützen und er kann seiner Frau Hilfe und Geborgenheit vermitteln. Leboyé versucht in der Methode der sanften, gewaltlosen Geburt, die Bedürfnisse, Schmerzen, und Emofindungen der Neugeborenen in der Geburt und danach zu respektieren.

Nach Leboyé und Klaus/Kennell ist vieles, was in den ersten Minuten, Stunden und Tagen nach der Geburt zwischen Vater, Mutter und Kind stattfindet nicht nachholbar.

Dieser Kontakt zwischen Vater, Mutter und Kind ist ein ständiges wechselseitiges Feedback, von dem nicht nur das physische Wohlbefinden, sondern auch die Entwicklung des Kindes, besonders seine spätere Bindungsfähigkeit abhängt.

Mit dem Prozeß der Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung unmittelbar nach der Geburt befaßt sich u.a. Klaus/Kennell. Sie nennen u.a. folgende wichtige sechs Komponenten, die diesen Prozeß beeinflussen, Klaus/Kennell, 1976, 14 :

1.)

Die ersten Minuten und Stunden nach der Geburt sind eine sensible Phase, deshalb ist es notwendig, daß Mutter und Vater engen Kontakt mit ihrem Neugeborenen haben, das ist die wichtigste Voraussetzung für eine günstige spätere Entwicklung.

2.)

Es gibt artspezifische Reaktionen auf das Neugeborene von Vater und Mutter.

3.)

Der Prozeß der Bindung kann sich nur an einem Kind vollziehen.

4.)

Während dieses Prozesses ist es notwendig, daß das Kind auf die Mutter reagiert.

5.)

Mütter, die die Geburt nicht miterlebten, entwickeln schwerer eine Bindung.

6.)

Verschiedene frühe Ereignisse, wie Trennungen, haben langandauernde Folgen.

Durch mehrere empirische Untersuchungen überprüften Klaus und Kennell diese Hypothesen. Sie bildeten zwei Gruppen Mütter, eine davon hatte nach der Geburt des Kindes mit diesem mehrere Stunden länger Kontakt als üblich. Sie stellten u.a. fest, daß die Mütter mit zusätzlichem Kontakt das Kind häufiger herausnehmen wenn es weint, es häufiger beruhigen und es häufiger anschauen. In diesen Untersuchungen stellten Klaus und Kennell außerdem fest, daß sich Verhaltensweisen von Mutter und Kind ergänzen und einander verstärken.

Die praktischen Konsequenzen dieser theoretischen Ansätze, Methoden und Untersuchungen für die Betreuung der Mütter vor, während und nach der Geburt sind:

- | | | |
|--------------------|---|---|
| vor der Geburt | - | Vorbereitung auf die Geburt, dadurch Abbau von Ängsten, |
| während der Geburt | - | möglichst wenig medizinische Eingriffe,
Anwesenheit des Vaters,
Zusammenarbeiten von Mutter und Hebamme,
Eingehen auf die Ängste und Fragen der Gebärenden, |
| nach der Geburt | - | möglichst langen Kontakt zwischen Mutter, Vater und Kind,
anschließend möglichst wenig Trennungen von Mutter und Kind,
rooming-in; hier lernt die Mutter die Pflege ihres Kindes, seine Bedürfnisse, so kann Angst und Unsicherheit vermindert werden,

Hilfen beim Stillen vom Pflegepersonal. |

Die Ansichten über den Einfluß des Stillens auf die Entwicklung des Säuglings wird unterschiedlich beurteilt.

Harnack, 1971, 58, nennt aus medizinischer Sicht folgende Vorteile für das Kind: verminderte Infektionsanfälligkeit, geringere Anforderung an die Verdauung, günstige Fett- und Vitaminversorgung.

Neben diesen medizinischen Vorteilen wird von vielen Psychologen betont, daß der emotionale Kontakt zwischen der stillenden Mutter

und ihrem Kind besonders eng ist. Spitz, 1976 betont die große Bedeutung des Stillens. Nach seiner Meinung ist das Stillen für den Säugling deshalb so wichtig, weil Hunger und Durst gestillt, die orale Zone stimuliert und die Objektbeziehungen durch die engen und vielfältigen Berührungen mit dem Körper der Mutter errichtet werden. Außerdem stellt das Stillen eine Zeitlang die Einheit von Mutter und Kind wieder her, die durch die Geburt aufgehoben wurde. Auf weitere positive Einflüsse während des 1. Lebensjahres soll im nächsten Kapitel hingewiesen werden.

8.2.2.3. Positive Einflüsse während des ersten Lebensjahres

Die Entwicklung des Säuglings im 1. Lebensjahr ist in den letzten Jahrzehnten u.a. von folgenden Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen und mit den verschiedensten Fragestellungen untersucht worden: Harlow, Prechtl, Brazelton, Mussen, Conger, Kagan, Papousek, Main, Ainsworth, Grossmann, Spitz, Bowlby, Stern, Erikson, Lebovici, Stierlin, Harlow, Yarrow, Mahler, Winnicott usw.

Je nach theoretischer Ausgangsbasis und Fragestellung wurden von den einzelnen Wissenschaftlern die verschiedensten Einflüsse auf die Entwicklung des Säuglings untersucht.

Von der Psychoanalyse gehen die Arbeiten von Spitz, Winnicott, Bowlby, Stierlin aus, verhaltenstheoretisch orientiert sind die Arbeiten von Papousek, Harlow, den ethologischen Ansatz vertreten Ainsworth und Grossmann. Bei aller Unterschiedlichkeit in der theoretischen Konzeption ist allen genannten Autoren gemeinsam, daß sie betonen, daß die Art der Beziehung zwischen Mutter und Kind ganz entscheidend dessen Entwicklung beeinflusst. Die einzelnen Autoren unterscheiden sich aber in der Auffassung über die Art der Entstehung dieser Beziehung, den zugrundeliegenden Mechanismen und deren Wirkung auf den Säugling.

Zuerst soll als Vertreter der klassischen Psychoanalyse kurz auf Spitz eingegangen werden. Anschließend der Einfluß, den die Beziehung zwischen Mutter und Kind für dieses spielt, nach Stierlin beschrieben werden. Abschließend soll das Modell von Grossmann skizziert werden, er stellt verschiedene Einflüsse auf die Lernhaltung des Kindes dar.

Von der klassischen, psychoanalytischen Vorstellung geht Spitz aus. Spitz, 1976, 25, hält den Dialog zwischen Mutter und Kind für den

Beitrag der Umwelt zur Entstehung, Entwicklung und schließlich Festigung von Ich, Selbst, Charakter und Persönlichkeit. Er beschreibt diesen Dialog folgendermaßen: Spitz, 1976, 16: "Dieser Dialog ist natürlich nicht verbal. Es ist ein Dialog des Tuns und Reagierens, der in Form eines Kreisprozesses innerhalb der Dyade vor sich geht, als fortgesetzter, wechselseitig stimulierender Rückkopplungsstromkreislauf." Diese Reaktionen und Aktionen zwischen Mutter und Kind gewinnen an Komplexität und modifizieren durch die Spuren, die sie im Gedächtnis beider Partner hinterlassen den nächsten Kreisprozeß. In diesem Prozeß sind Versagung, Libido und Aggression beteiligt. Da im Dialog die Aufspaltung der Triebe in Teile, mit denen man fertig werden kann, erfolgt, hält Spitz, 1976, 25, den Dialog für den Beitrag der Umwelt zur Erstellung, Entwicklung und Festigung des Ichs. Auch Winnicott, 1978, 30, betont den wichtigen Einfluß der Mutter-Kind-Beziehung auf das Ich des Säuglings. Er weist darauf hin, daß das durch das gut funktionierende Mutter-Kind-Paar starke Ich des Säuglings früh Abwehrmechanismen aufbauen und Verhaltensmuster entwickeln kann.

Stierlin beschreibt den positiven Einfluß, den die Beziehung zwischen Mutter und Kind für dieses spielt, folgendermaßen: Die Mutter (bzw. deren Ersatz) hat durch die Instinktoffenheit, Formbarkeit und Lernfähigkeit des Säuglings einen schicksalhaften Einfluß auf diesen. In der Beziehung zu ihr entscheidet sich, welche Lebenswerkzeuge dem erwachsenen Menschen zur Verfügung stehen werden und wie sich seine Potentiale entwickeln. Stierlin hebt besonders die Abgrenzungs- und Versöhnungsarbeit hervor, die in einer Beziehung geleistet werden muß, Versöhnung im Sinne von einem Sich-Einstellen auf den Anderen, d.h. dessen Bedürfnisse befriedigen und Abgrenzen im Sinne von Bewahren der eigenen Autonomie und Individualität.

Wie jede menschliche Beziehung offenbart die Mutter-Kind Beziehung eine Dialektik der gegenseitigen Anerkennung und Bedürfnisbefriedigung. Folgende 5 Polaritäten müssen nach Stierlin 1978, 89, in jeder Beziehung zur Versöhnung gebracht werden. In der ersten Beziehungspolarität - der von Augenblick und Dauer - verleiht die beschriebene Konstellation von Instinktoffenheit, Lernfähigkeit und Abhängigkeit des Kindes der Mutter gegenüber dem Augenblick ein besonderes Gewicht. Für die psychische Entwicklung des Kindes kann es entscheidend sein, in welcher Weise die Mutter während kurzer Phasen erhöhter Prägungs- und Lernbereitschaft, d.h. in den kritischen Entwicklungsphasen zur Stelle ist. Dabei ist das Zur-Stelle- Sein der Mutter in kritischen Augenblicken aufgehoben in einer lange andauernden Beziehung.

In der zweiten Beziehungspolarität - der von Gleichheit und Verschiedenheit - ist die Verschiedenheit akzentuiert. In der Verschiedenheit der Bedürfnisse der Partner spiegelt sich eine Verschiedenheit der Macht, der Erfahrung und des Wissens wider. Befriedigung und Versagung, die Elemente der dritten Beziehungspolarität sind wegen ihres subjektiven Inhalts schwer erfaßbar. Im befriedigten Säugling verschmelzen Sättigung, Behagen und Entspannung. Später kann die Mutter es zulassen, daß das Kind jenen dosierten Versagungen ausgesetzt wird, die zur Entwicklung seines Ichs und damit seiner Weltbewältigung führen. In der vierten Beziehungspolarität von Stimulation und Stabilisierung liegt das Gewicht auf der Stabilisierung. Damit das Kind die Überfülle der neuen Erfahrungen und Eindrücke bewältigen kann, bedarf es der stabilisierenden Gegenwart der Mutter, die als " Reizschutz " wirkt. Sie strukturiert Rhythmen und verhilft dem Kind zum Urvertrauen. Stierlin, 1978, 92: " Die Mutter muß in der ersten Lebensperiode des Kindes darüber wachen, daß das Kind die Stimulation assimilieren und bewältigen kann. Wenn die Mutter auf Grund ihrer mangelnden Einfühlung in die Bedürfnisse und die Belastungsfähigkeit des Kindes - letzteres zu lange und zu stark überreizt - kann sich keine vegetative Ordnung etablieren, die dem Ich als Grundlage zu dienen vermag. Die Mutter verkehrt sich in ihr Gegenteil: Anstelle Quelle des Urvertrauens zu sein, verkörpert sie tödliche Gefahr. Diese Todesfurcht so früh, so intensiv und in solcher Verkehrung der normalen Verhältnisse erlebt, wird das Kind für sein Leben zeichnen."

In der fünften Beziehungspolarität von Nähe und Distanz hat zunächst die Nähe das Primat. Ohne emotionale Nähe der Beziehung können Befriedigung und Stimulation das Kind nicht erreichen. Diese 5 Polaritäten, die nach Stierlin in jeder Beziehung zur Versöhnung gebracht werden müssen, sind für Bauriedl, 1980, 22, nur Beispiele für eine unbegrenzte Zahl möglicher Polaritäten. Bauriedl merkt außerdem kritisch an, daß sich Stierlin nicht darüber äußert, warum und wozu diese Versöhnung nötig ist, was ihr entgegensteht und wie sie sich vollzieht.

Als nächstes soll das Modell von Grossmann dargestellt werden, da dieses Modell Einflüsse auf den Säugling während der frühen Entwicklungsphasen und deren Auswirkungen auf dessen Lernhaltung darstellt. Das Modell beginnt mit zwei Grundbedürfnissen: Angst und Sicherheit (Grossmann, 1977, 158). " Angst ist beim Säugling auslösbar durch verschiedene Reize, am deutlichsten und über längere Zeit am wirkungsvollsten durch wiederholtes Nichtbeachten

seiner Kontaktsignale. Sicherheit durch die Abwesenheit von Angst, d.h. wenn Kontaktsignale adäquat beantwortet werden." Zur Angstvermeidung und Herbeiführung von Sicherheit entwickeln sich Beziehungen. Der jeweilige Anteil von Angst und Sicherheit in einer gegebenen Situation bestimmt das Bindungsverhalten des Kindes. Steigt die Unsicherheit, so wird das Kind aktiv versuchen, dies rückgängig zu machen. Das Kind ist programmiert, Angst durch das Herbeiführen körperlicher Nähe zu mildern und dadurch Sicherheit zu erzielen. In einer Beziehung, in der die Partner erfolgreich und wiederholt Angst bewältigen und Sicherheit herbeiführen können, entwickelt sich Liebe. Sich der Mutter sicher sein, bedeutet für ein Kind: Wenn es sich unsicher fühlt, kennt und äußert es Signale, die von der Mutter verstanden werden und die sie dazu veranlassen, die Sicherheit ihres Kindes wiederherzustellen. Das Kind kann vorhersagen, daß die Mutter auf seine Signale hin dieses oder ähnliches Verhalten äußern wird. Diese Kette ist ein Teil des Bildes oder einer Vorstellung, die der Säugling über eine Umwelt aufzubauen beginnt. Die Rückmeldung ist ein wesentliches Bestimmungsstück des Lernvorganges. Hier sind alle diejenigen Vorgänge im sozialen Miteinander gemeint, die zu einem selbstinitiierten, intentionalen Verhalten führen, die die Bereitschaft steigern, etwas in Angriff zu nehmen. Bei umweltoffenen Handlungstendenzen kann die Rückmeldung ermutigend oder entmutigend sein. Bei bindungsorientiertem Verhalten kann die Unsicherheit gemildert und so die Chancen für Neugier, Spiel und Erkundung verbessert werden. Bindung, Handlungstendenzen und Art der Rückmeldung bei starkem bzw. schwachem Erkundungsverhalten bestimmen nach Grossmann eine selbstsichere Neugier und Zuwendung gegenüber den Ereignissen in der Umwelt, oder ein selbstunsicheres Sich-Zurückziehen von den Ereignissen in der Umwelt.

Tabelle: Grossmann, 1977, 175.

Frühe Entwicklung der Lernfähigkeit

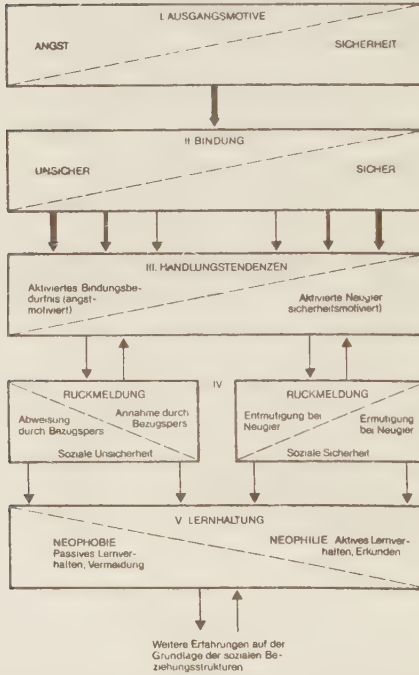


Abb. 6: Zusammenfassung der fünf Ebenen der Entwicklung der Lernfähigkeit auf der Grundlage sozialer Beziehungsstrukturen zwischen Kind und Bezugsperson(en)

Tab. 5: Entwicklung der Lernfähigkeit nach Grossmann, 1977, 175

" Eine Neophobie, also Angst oder Scheu vor dem Erkunden, kann sich in dem aufgezeichneten Modell an drei Stellen entwickeln: (Großmann, 1977, 174)

- Auf der Ebene III, wenn die Handlungstendenzen angstvermeidend sind, und wenn dadurch die Voraussetzungen für Spielen und Erkundungen nicht gegeben sind - auf der Ebene IV, wenn zwar die Angst gemildert, aber Erkundungen wegen der Vorwegnahme neuer Unsicherheit kaum erfolgen,
- auf der Ebene IV, wenn Erkundungen wenig ergiebig sind, Anregungen zum Spiel kaum vorhanden sind oder nicht ermutigt werden und somit für das Kind bedeutungslos bleiben.

Im Gegensatz dazu können sich Spiel und Erkundungen und intellektuelles Interesse entwickeln

- auf der Ebene II, wenn die Sicherheit der Bindung es erlaubt, daß ein Kind sich ohne Angst vor Verunsicherung der Umwelt zuwenden kann,
- auf der Ebene III durch den richtungsbestimmenden Einfluß der Bezugsperson, bedingt und getragen von der ausgeprägten Bereitschaft des Kindes zum Zusammenspiel,
- auf der Ebene IV durch die Eröffnung des Zuganges zu intellektuell stimulierenden Aspekten der Umwelt,
- auf der Ebene V durch Anteilnahme und Zuwendung von anderen als primären und sekundären Bezugspersonen, die das Kind akzeptieren. "

8.2.3. Auswirkungen auf den Säugling

Je nach theoretischer Ausgangsbasis werden verschiedene Auswirkungen positiver Entwicklungsbedingungen genannt.

Psychoanalytiker betonen vor allem emotionale Sicherheit, Urvertrauen (Erikson), Ich-Stärke (Spitz, Winnicott), und das Selbstwertgefühl (Stierlin) als Auswirkungen einer positiven Entwicklung, während die Lerntheoretiker die Lernbereitschaft (Lipsitt) aktives Lernverhalten (Grossmann) und Bewältigungsmechanismen (Seligman) als Auswirkung einer positiven Entwicklung sehen.

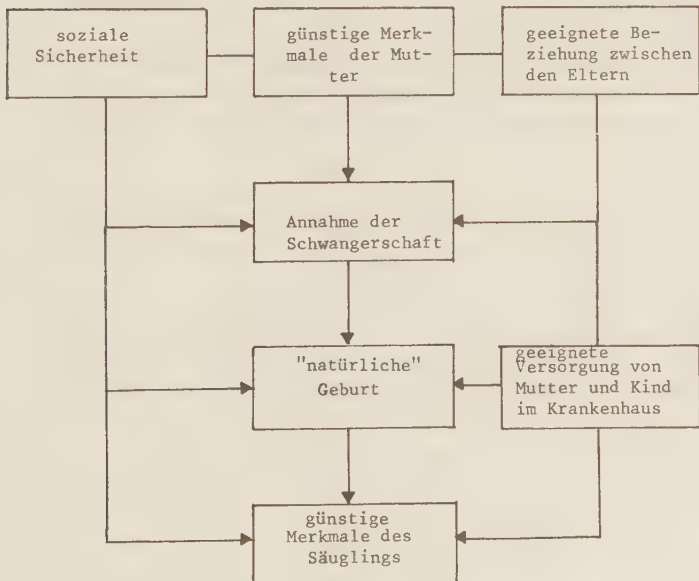
Stellvertretend für die jeweiligen Richtungen sollen Erikson und Seligman zitiert werden.

Erikson, 1968, 241: " Der früheste Beweis für das Vertrauen des Kindes zur Gesellschaft ist das Fehlen von Ernährungs-schwierigkeiten, Schlafstörungen und Spannungszuständen im Verdauungstrakt. Das Erleben des Konstanten, Kontinuierlichen und Gleichartigen der Erscheinungen liefert dem Kind ein rudimentäres Gefühl von Ich-Identität und Vertrauen. Vertrauen bedeutet nicht nur, daß man gelernt hat, sich auf die Gleichwertigkeit und die Dauer der äußeren Versorgung zu verlassen, sondern auch, daß man sich selbst und der Fähigkeit der eigenen Organe trauen kann, mit dringenden Bedürfnissen fertig zu werden und daß man imstande ist, sich selbst als vertrauenswürdig genug zu empfinden, so daß die Versorger nicht auf der Hut sein müssen, durch beißenden Zugriff festgehalten zu werden. " Erikson ist der Meinung, daß dieses Vertrauen von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung abhängt. Befriedigt die Mutter die Bedürfnisse des Kindes und vermittelt sie das Gefühl von persönlicher Zuverlässigkeit, formt sich " die Grundlage des Identitätsgefühls, das später zu dem komplexen Gefühl wird, daß man in Ordnung ist, daß man ein Selbst besitzt und daß man das Vertrauen der Umwelt rechtfertigt." (Erikson, 1968, 243)

Seligman, 1979, 30, beschreibt den Erwerb von Bewältigungsmechanismen folgendermaßen: Seligman, 1979, 130, " In den ersten zwei Jahrzehnten erwerben einige Menschen Bewältigungsmechanismen, andere ein tiefgreifende Gefühl von Hilflosigkeit. Wenn ein Kind wiederholt hilflos gewesen ist und selten die Erfahrung von Bewältigung gemacht hat, wird es sich in einer neuen Situation bereits bei den kleinsten Hinweisen für hilflos halten. Ein anderes Kind mit entgegengesetzten Erfahrungen könnte auf Grund derselben Anhaltspunkte davon überzeugt sein, Kontrolle zu besitzen. Wie früh, wie häufig und wie intensiv die Erfahrungen von Hilflosigkeit oder Bewältigung sind, wird die Ausprägung dieses motivationalen Merkmales bestimmen. Erfährt das Kind, daß seine Verhaltensweisen zu Veränderungen in seiner Umwelt führen, lernt das Kind diese Verhaltensweise häufiger auszuführen oder sie zu unterlassen, es lernt immer mehr Situationen zu bewältigen, entwickelt Motivation zu willentlichen Reaktionen."

Zusammenfassende Bemerkung:

Positive Einflüsse während der Entwicklungsphasen des Säuglings korrelieren mit dessen familiärer Situation. Die Annahme der Schwangerschaft und eine positive Einstellung zum Kind ist abhängig von sozialen Faktoren, psychischen Merkmalen der Eltern und Art ihrer Beziehung. Als positive Einflüsse vor, während und nach der Geburt werden u.a. die Vorbereitungsmethoden, möglichst wenig medizinische Eingriffe und langer und häufiger Kontakt zwischen Vater, Mutter und Kind genannt. Als weitere positive Entwicklungsbedingung wird eine geeignete Beziehung zwischen Mutter und Kind erörtert. Diese Beziehung wird einerseits von den genannten sozialen und psychologischen Faktoren, von dem Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt (hier spielt die Betreuung von Mutter und Kind im Krankenhaus eine entscheidende Rolle), aber auch von Merkmalen und Verhaltensweisen des Säuglings beeinflusst. Alle die genannten Faktoren stehen in zahlreichen Wechselwirkungen, die durch folgende Skizze dargestellt werden sollen.



Tab. 6: Positive Entwicklungsbedingungen

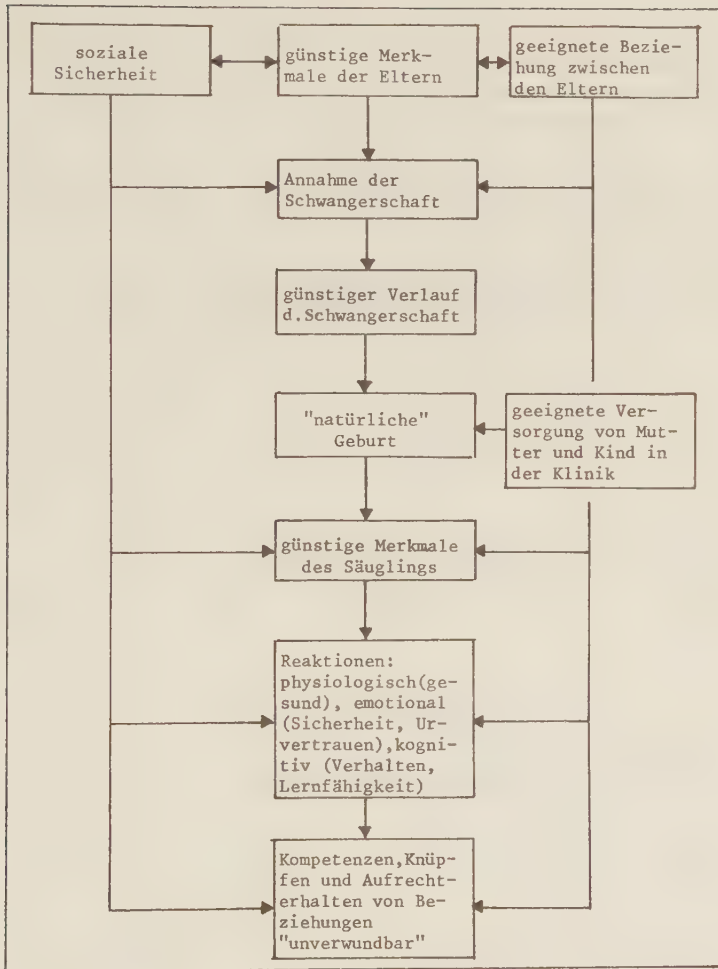
Folgende Merkmale des Säuglings, die teilweise genetisch, teilweise durch die Entwicklungsbedingungen bzw. durch zahlreiche Wechselwirkungen verursacht sind, wirken sich auf seine Entwicklung positiv aus: somatische Gesundheit, physiologische Kompetenzen, Lernkompetenzen und alle Merkmale und sozialen Verhaltensweisen, die das Pflegeverhalten anderer auslösen und aufrecht erhalten.

Als Auswirkungen der positiven Entwicklungsbedingungen werden der theoretischen Ausgangsbasis entsprechend genannt: aus lerntheoretischer Sicht Lernbereitschaft, aktives Lernverhalten, Bewältigungsmechanismen, aus psychoanalytischer Sicht emotionale Sicherheit, Urvertrauen, Ich-Stärke, Selbstwertgefühl. Diese beiden Betrachtungsweisen ergänzen sich, denn die emotionale Sicherheit, Urvertrauen und Sicherheit führen dazu, daß der Säugling ein aktives Lernverhalten, Bewältigungsmechanismen und Kompetenzen entwickelt. Diese Kompetenzen, besonders die soziale Kompetenz (Beziehungen zu anderen anknüpfen und aufrechterhalten) ist die beste Voraussetzung für den Säugling, mit Belastungen fertigzuwerden. Hier sei noch einmal an die unverwundbaren Kinder erinnert, die nach Anthony nicht nur gegen pathologische Einflüsse aus der Umwelt immun sind, sondern in ihnen sogar aufzublühen scheinen, sie haben folgende Eigenschaften gemeinsam: Sie können soziale Kontakte knüpfen und aufrechterhalten, sie bemühen sich ihre Umwelt zu meistern und haben einen hohen Grad an Autonomie. In der folgenden Tabelle sollen die positiven Entwicklungsbedingungen und deren Auswirkung dargestellt werden.

(Tab. 7)

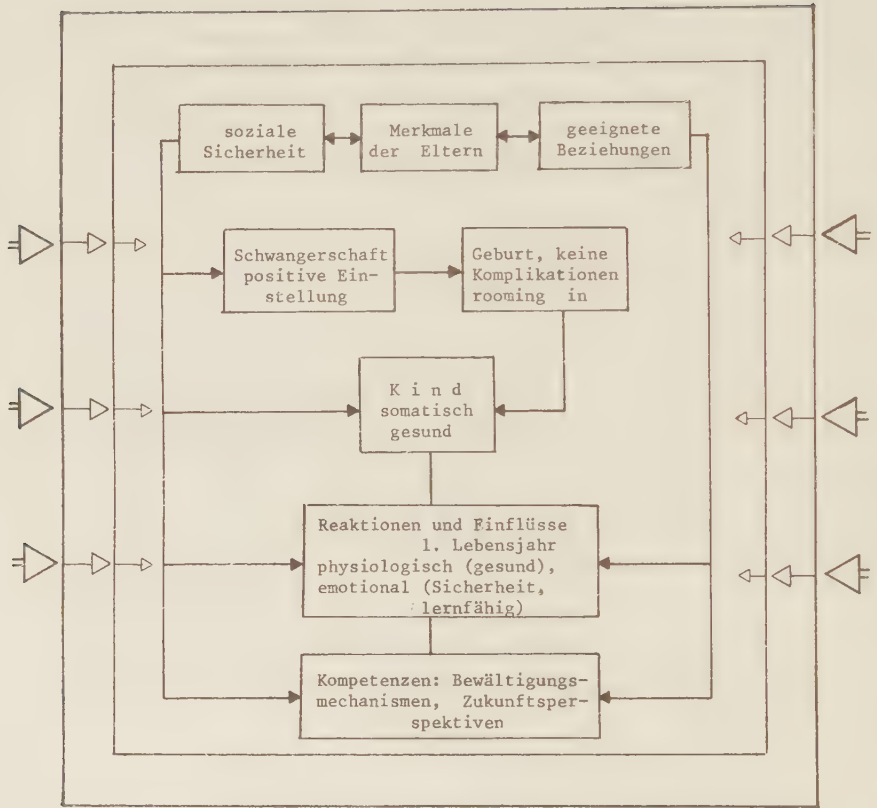
Den äußeren Rahmen für die Entwicklung bietet die Familie. Die Entwicklungs- und Lernbedingungen des Säuglings hängen entscheidend vom Zusammenspiel der dargestellten Faktoren ab.

Die " Gesundheit " der Familie ist erkennbar an der Gesundheit und Entwicklungsmöglichkeit ihrer Mitglieder. In der Familie werden die Bedürfnisse wahrgenommen, befriedigt und Schwierigkeiten und Belastungen überwunden. Ein Kriterium für die Gesundheit der Familie ist das Fertigwerden mit Belastungen. Diese Belastungen können ihre Ursache in den dargestellten Faktoren innerhalb der Familie haben oder umweltbedingt sein. Wie die Familie bzw. der Säugling mit all diesen Belastungen fertig werden hängt von den Kompetenzen und Konfliktbewältigungsmöglichkeiten der Familie ab, von der Unterstützung der Umwelt und wie offen die Familie für diese Unterstützung ist.



Tab. 7: Positive Entwicklungsbedingungen und ihre Auswirkungen auf den Säugling

Eine entscheidende Einflußgröße in diesem System ist die Möglichkeit, durch Beziehungen Kontakt mit der Umwelt aufzunehmen, Unterstützung fordern und entgegennehmen.



Tab. 8: Negative Einflüsse auf den Säugling und deren Modifikation durch eine positive Umwelt

In diesem Modell soll dargestellt werden, wie die Familie mit Belastungen fertig wird und negative Einflüsse auf das Kind abschwächen kann. Eine entscheidend positive Einflußgröße ist eine geeignete Mutter-Kind-Beziehung. Das durch diese Beziehung stabilisierte und kompetente Kind kann mit Belastungen eher fertigwerden.

8.3. Negative Entwicklungsbedingungen

8.3.1. Fehlen von positiven Entwicklungsbedingungen

Das Fehlen der obengenannten Entwicklungsbedingungen, d.h. das Fehlen einer günstigen familiären Situation, das Fehlen positiver Einflüsse während der Entwicklungsphasen, vor allem aber das Fehlen einer geeigneten Beziehung zur Mutter bzw. einer anderen Bezugsperson, kann dazu führen, daß der Säugling im 1. Lebensjahr organisch und psychologisch verwundbarer wird, seine Lernfähigkeit, Kompetenzen, Autonomie und Ich-Stärke weniger entwickelt, weniger Vertrauen und Sicherheit hat. Gerade das mangelnde Vertrauen und die mangelnde Sicherheit führen nach Grossmann und Bowlby zu Angst, die die Entwicklung und die Lernfähigkeit des Säuglings blockiert. Das Fehlen einer sicheren Bindung erhöht demnach die Furchtbereitschaft, die unter Umständen dazu führt, daß der Säugling ein passives Lernverhalten hat, mit Belastungen nicht fertig wird und geringere Überlebenschancen hat.

Neben dem Fehlen von günstigen Entwicklungsbedingungen kann aber auch die Akkumulation ungünstiger Entwicklungsfaktoren das Leben eines Säuglings bedrohen.

8.3.2. Ungünstige familiäre Situation

Auf die negativen Auswirkungen einer ungünstigen familiären Situation für das Leben und die Entwicklung von Säuglingen weisen u.a. folgende Autoren hin: Spitz, Bowlby, Rutter, Seligman, Langmeier, Lebovici, Schmalohr, Mahler.

In retrospektiven und prospektiven Untersuchungen über die Ursachen von Autismus, Säuglingssterblichkeit, Frühgeburten, Kindesmißhandlung, Deprivation usw. stellten die obengenannten Autoren Zusammenhänge dieser Phänomene mit ungünstigen Familienverhältnissen fest.

Langmeier, 1977, 110, unterscheidet zwei ungünstige familiäre Situationen:

- 1.) Gegebenheiten, wo ein Mangel an sozialen und emotionalen Reizen besteht (z.B. bei einer unvollständigen Familie, bei Berufstätigkeit der Eltern, bei einem so niedrigen sozialen Niveau der Familie, daß das Kind jegliche Entwicklungsanreize entbehrt.)
- 2.) Fälle, wo diese Reize in der Familie objektiv vorhanden, für das Kind jedoch unerreichbar sind, da sich in der Beziehung der Erzieher zum Kind eine innere psychologische Schranke aufgebaut hat. (z.B. Familien, wo sich die Eltern oder andere Erzieher nicht engagieren, keine Beziehung zum Kind haben, ihm keine Aufmerksamkeit schenken, es selten umsorgen und es nur ganz mechanisch behandeln.)

Langmeier weist darauf hin, daß sich häufig beide Situationen überkreuzen, z.B. Die Mutter ist durch ihre Berufstätigkeit nicht in der Lage, eine Beziehung zum Kinde zu schaffen. Oder ein uneheliches Kind leidet unter der ablehnenden Haltung der Mutter, die ihre Enttäuschung, die aus ihrer schwierigen gesellschaftlichen Lage erwachsen ist, in das Kind projiziert.

Zunächst sollen einige soziale Faktoren, die sich ungünstig auf die Entwicklung eines Säuglings auswirken, genannt werden.

8.3.2.1. Soziale Faktoren

8.3.2.1.1. Junges Alter der Mutter

Auf diesen Risikofaktor weisen sowohl die Untersuchungen über den p.K. (siehe Tabelle3) als auch über die allgemeine Säuglingssterblichkeit hin (Zachau-Christiansen, 1972, 80, Pechstein, 1974,18). Auch im Untersuchungsgut von kindsmißhandelnden Eltern finden sich sehr junge und unerfahrene Mütter, die sich mit der Erziehung des Kindes überfordert fühlen, häufiger (Kempe, 1973). Auch Winnicott, 1978, 69, hält das junge Alter der Eltern bzw. ihre mangelnde Reife für ungünstig. Die negativen Auswirkungen des jungen Alters der Mutter auf das Kind werden in Untersuchungen über den p.K. im Zusammenhang mit folgenden Faktoren diskutiert. Naeye, 1976, 1207, sieht einen Zusammenhang zwischen dem jungen Alter der Mutter, niedrigem sozialen Status und niedrigem Bildungsniveau. Morrison

führt die hohe Sterblichkeit von Kindern junger Mütter darauf zurück, daß sich junge Mütter später medizinischen Rat suchen, weil sie weniger fähig sind, schwere Krankheiten zu erkennen, weniger Informationsquellen gebrauchen, während der Schwangerschaft unvorsichtiger sind und sich weniger um das Kind sorgen. Das junge Alter der Mutter wird sich besonders dann ungünstig auf das Kind auswirken, wenn die obengenannten Faktoren zusammen auftreten.

8.3.2.1.2. Unvollständigkeit der Familie

Auf die Bedeutung der Unvollständigkeit der Familie für das Kind weist Langmeier, 1977, 112, hin: " Die Gesamtatmosphäre der Familie hängt vom engen Zusammenleben aller Mitglieder ab. Wenn also eine der Hauptpersonen fehlt, ist das Kind in besonderer Weise durch Deprivation bedroht, da sich die Rolle des fehlenden Familienmitgliedes gegenüber dem Kind und auch gegenüber der ganzen Familie nicht immer leicht ersetzen läßt." Der Zeitpunkt, wo es zum Ausfall einer bestimmten Person gekommen ist und die Ursache des Auseinandergehens sind nach Langmeier weitere Bedingungen für eine Deprivation.

Die Bedeutung des Familienzerfalls für die Entstehung von Störungen belegt Langmeier, 1977, 112, mit vielen Studien. Bei der Sichtung des Materials von 309 in einer kinderpsychiatrischen Abteilung untergebrachten Kindern stellte er fest, daß von ihrer Geburt bis zur Zeit der Aufnahme nur 41% der Kinder von beiden Eltern erzogen wurden. Langmeier weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der Mutter ein viel größeres Gewicht zukommt, wenn die helfende und ausgleichende Wirkung des Vaters aus beruflichen oder anderen Gründen fehlt und sie die alleinige Sorge um das materielle Wohl der Familie hat. Durch wirtschaftliche Sorgen und Mangel an Sicherheit hat sie eine enorme psychische Belastung und kann die Grundbedürfnisse ihres Säuglings nicht genügend befriedigen.

Aus Literaturquellen ist ersichtlich, daß uneheliche Kinder häufiger zu früh oder tot geboren werden. Korporal, 1978, 61. Daß die Sterblichkeit unehelicher Kinder vor, um und nach der Geburt wesentlich größer ist, zeigt die folgende Tabelle Hellbrüges, 137.

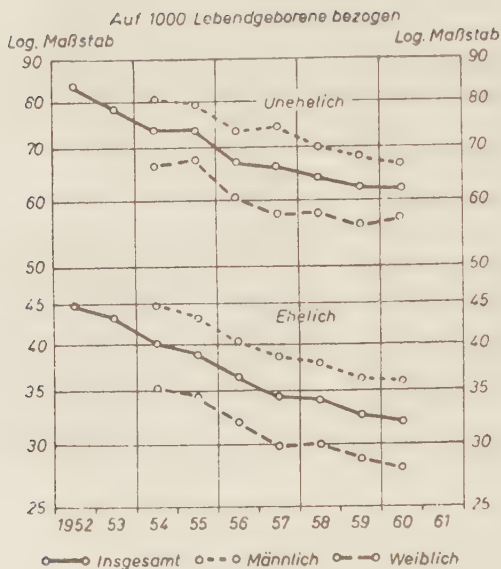


Abb. 13 Die Sterblichkeit der Säuglinge ohne Familie ist wesentlich höher als die Sterblichkeit ehelicher Kinder.

Tab. 9: Vergleich der Sterblichkeit unehelicher und ehelicher Kinder

Auch Zimmermann, 1978, 369 und Harnack, 1971, 428 weisen auf dieses Phänomen hin: " Nichteelich Geborene sind nach wie vor stärker als ehelich Geborene gefährdet, die Sterblichkeit lag sogar um 3/4 über derjenigen der ehelich Geborenen.

Harnack, 1971, 428: " Die Säuglingssterblichkeit der unehelichen Kinder ist in der BRD noch um 80% höher als die der ehelich Geborenen. Auch die Zahl der Früh- und Totgeburten liegt wesentlich über dem Durchschnitt."

Auf Zusammenhänge zwischen dem p.K. mit der Unehelichkeit der Mutter stießen viele Autoren in ihrem Untersuchungsgut (Tabelle 3).

Bergmann, 1971, 867 stellte fest, daß nur 48% der Eltern von p.K. verheiratet waren. Einen größeren Anteil unehelicher Mütter bei den o.K. als bei den KG fanden Hildebrand, 1967, 967, Molz, 1976, 1312, Naeye, 1976, 1208, Petersen, 1966, 479. Dieses durch Unehelichkeit der Mutter verursachte höhere Risiko muß mit Vorsicht interpretiert werden, da andere Faktoren wie junges Alter der Mutter und Schichtzugehörigkeit mit der Unehelichkeit zusammenhängen können.

8.3.2.1.3. Kinderreiche Familien

Der Unvollständigkeit der Familie steht die Problematik der kinderreichen Familien gegenüber. Das Kind kann in einer solchen Familie unter Umständen nur ein geringeres Maß an Aufmerksamkeit und Pflege erhalten, als es zu seiner normalen Entwicklung braucht.

Experimentelle Studien an Tieren weisen Deprivation infolge zu großer Zahl von Nachkommen nach. Kulturanthropologische Studien an Gesellschaften, die unter Nahrungsmittelnot oder anderen ungünstigen Bedingungen leben, beweisen dasselbe für Kinder. In früher Kindheit können solche Kinder unter mangelnder Mutterzuwendung leiden. (Langmeier, 1977, 121)

Die Situation einer kinderreichen Familie wird häufig noch durch wirtschaftliche Not, Wohnungsmangel und unzureichende hygienische Verhältnisse kompliziert. Die Säuglingssterblichkeit ist in kinderreichen Familien höher und auch p.K. sind in diesen Familien häufiger. Peterson, 1966, 480, Morrison, 1958, 102: " Je größer die Familie, umso größer ist das Risiko für das Baby, bei gleicher Familiengröße ist das Baby mit der jüngeren Mutter mehr gefährdet."

Lowe, 1954, 25, bestätigte die obengenannten Ergebnisse. Für die zunehmende Mortalität bei 2, 3 und 4 Kindern nennt er folgende Gründe: erhöhte Ansteckungsgefahr, ärmere wirtschaftliche Verhältnisse, weniger adäquate medizinische Betreuung.

Spiers, 1976, 15, untersuchte den Zusammenhang zwischen kurzem Schwangerschaftsintervall, niedrigem Geburtsgewicht und p.K. und fand eine höhere Mortalität bei Kindern, die nach kurzen Intervallen geboren wurden.

Auch auf den höheren Anteil von Mehrlingsgeburten unter den p.K. wird u.a. von Frogatt, 1971, 125, und Molz, 1976, 1312, hingewiesen.

8.3.2.1.4. Schichtzugehörigkeit

Die Abhängigkeit der Entwicklung der Kinder von der Schichtzugehörigkeit ihrer Eltern wurde mehrfach bewiesen, ebenso die überraschenden Unterschiede in der Mutter-Kind-Interaktion. Ungünstige soziale Verhältnisse wie wirtschaftliche Not, Arbeitslosigkeit oder Gefängnisaufenthalt eines Elternteils erschweren die Entwicklung einer festen Gefühlsbindung an die Eltern. Die elterliche Fürsorge in solchen Familien kann nach Langmeier in manchen Fällen, dem Umstand gar keine Familie zu haben, gleichgesetzt werden. Besonders ungünstig beeinflußt der Alkoholismus eines Elternteils die Entwicklung eines Kindes. Langmeier fand Alkoholismus der Eltern oder Geschwister in Familiengeschichten von 20% der psychisch auffälligen Kinder.

Auch besonders günstige sozioökologische Verhältnisse einer Familie können nach Langmeier gefährliche Deprivationsfaktoren mit sich bringen. Häufig sind Vater und Mutter durch das gesellschaftliche Leben voll in Anspruch genommen, so daß sie ihre Aufmerksamkeit weniger dem Kinde und dessen persönlicher Pflege schenken können.

Die sozio-ökonomischen Aspekte des p.K. werden unterschiedlich beurteilt. Die folgende Tabelle zeigt eine Zusammenstellung verschiedener Autoren. (Valdes-Dapena, 1970, 11)

Autor	Jahr	Ort	Zahl der untersuchten Fälle	Eindruck
Cook/ Welch	1964	West-Hartle- pool	91	Übergewicht in soz. niedrigeren Schichten
Carpenter/ Staddick	1965	England/Wales	110	Niedrigere Klasse von Lohnempfängern, ärmere häusliche Verhältnisse, weniger Pflege
Sutton/ Emery	1966	Sheffield	10	Die Verwahrlosung der Familie ist hervorstechend
Marek	1966	Polen	100	in einem beträchtlichen Prozentsatz schlechte Lebensbedingungen
Hildebrand	1967	Hamburg	216	viele Arme mit unzurei- chenden Wohnverhältnis- sen, unsauber, unzurei- chende Pflegeverhältnisse für das Kind
Steele	1967	Kanada	66	Mütter aller Bildungs- schichten
Melton	1968	Richmond	199	schlechte wirtschaftliche Verhältnisse, unverhält- nismäßig großer Prozent- satz von Negern (50% von 20 % in der Population)
Fitzgib- bons	1969	Minneapolis	46	niedriger Anteil unter Bauern und Mittelklasse- Städtern

Tab. 10: Sozioökonomische Aspekte des p.K.

8.3.2.1.5. Berufstätigkeit der Mutter

Hellbrügge, 129, betont, daß sich die Erwerbstätigkeit der Mutter im allgemeinen hemmend, störend und gefährdend auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Im allgemeinen neigt die Mehrheit der Autoren zur Ansicht, daß sich die Berufstätigkeit einer Mutter nicht negativ in einer Vernachlässigung des Kindes äußern muß, wenn ihre Beziehung zum Kind gut ist und wenn es während ihrer Abwesenheit gut betreut wird.

8.3.2.1.6. Ungünstige Wohnverhältnisse

Die ungünstigen physiologischen und psychologischen Auswirkungen von beengten Wohnverhältnissen werden von Vester, 1976, 61 und von Spitz, 1976, 90, diskutiert.

Auf einen Zusammenhang zwischen ungünstigen, beengten Wohnverhältnissen und dem p.K. weisen Hildebrand, Frogatt, 1971, 124, und Naeye, 1976, 1208, hin.

Hildebrand, 1967, 973 stellte fest, daß 23% der verstorbenen Kinder aus ungünstigen sozialen (insbesondere Wohn-) Verhältnissen kamen, 9% kamen sogar aus Kellerwohnungen. Die Ursache für die Häufung der Todesfälle in ungünstigen Wohnverhältnissen sieht Hildebrand in der erhöhten Infektionsgefahr durch die Enge der Behausung, unhygienischen Verhältnisse und Armut der Eltern.

8.3.2.2. Psychische Merkmale von Vater und Mutter

In zahlreichen psychologischen Erklärungsmodellen über Störungen im Kindesalter werden diese auf ungünstige Merkmale der Eltern, insbesondere der Mutter zurückgeführt.

Anhand von Untersuchungen von Langmeier über Merkmale der Eltern, die bei Kindern zur Deprivation führen können, sowie anhand von Studien über Merkmale von Eltern schizophrener und depressiver Kinder und schließlich anhand von Untersuchungen über Merkmale von Eltern, die ihre Kinder mißhandelten oder töteten, sollen besonders ungünstige Merkmale der Eltern dargestellt werden, die sich auf die kindliche Entwicklung negativ auswirken können.

Langmeier, 1977, 130, nennt folgende Merkmale der Eltern, die beim Kind zur Deprivation führen können: Unkenntnis, Übertriebenheit, Arbeits- und gesellschaftlicher Ehrgeiz, neurotische oder psychotische Erkrankung, mangelnde Intelligenz, Persönlichkeitsstö-

rungen. Die Unfähigkeit der Mutter, eine warme Gefühlsbeziehung aufzubauen, liegt nach Langmeier auch oft an einer Art Gefühls- und Charakterunreife oder mangelnder Anpassungsfähigkeit. Diese Merkmale verhindern in der Regel auch die Beziehungen zwischen den Eltern, so daß die Familie emotional nicht zusammenhält und die Wärme eines Zuhauses fehlt. Depressive Zustände, in welchen sich die Mutter vom Kind abwendet und dessen Reaktion ohne Rückkoppelung beläßt, wirken sich nach Langmeier für das Kind besonders depravierend aus. Für die kindliche Entwicklung negativ sind auch Eltern, die zwischen Gleichgültigkeit und Feindschaft hin und her pendeln. Bei ihnen geht eine Ablehnung des Kindes oftmals sogar in Grausamkeit über.

Langmeier, 1977, 132, weist in diesem Zusammenhang auf eine Untersuchung von Fischhoff et al hin. Dieser untersuchte psychiatrisch 12 Mütter von chronisch nicht gedeihenden Kleinkindern, welche eine Deprivationsgeschichte aufwiesen. Bei zwei von diesen Müttern wurde eine Psychoneurose festgestellt, bei den restlichen eine Charakterstörung. Der Grad einer Deprivation hängt vor allem von der emotionalen Gleichgültigkeit oder Ablehnung der Mutter ab.

Wie sich die Ablehnung des Kindes von der Mutter auf das Kind auswirkt, beschreibt Langmeier, 1977, 134: " Diese Kinder können sich in einer Atmosphäre von Gefühlskälte oder in einem Zustand vollständiger emotionaler Isolierung befinden. Wenn die Eltern das Kind nicht nur mit Gefühlskälte und Gleichgültigkeit behandeln, sondern mit einer Gefühlsablehnung, Feindseligkeit und Grausamkeit, dann ist das Kind nicht nur emotional und sozial isoliert, sondern schwer traumatisiert und in schwer lösbare Konflikte gedrängt."

Ähnliche ungünstige Merkmale und Verhaltensweisen fand Lidz, 1979, 82, in seinem Untersuchungsgut von 17 Familien von Schizophrenen. Bei den Müttern stellte er folgende Gemeinsamkeiten fest: " Der auffälligste Typ unter diesen Müttern ist die seltsam wirkende, fast psychotische oder sogar offenkundig schizophrene Frau, die wir als schizophrenogen bezeichnen." Weiter fand Lidz, 1979, 39, in seinem Untersuchungsgut häufig Mütter mit Ichgrenzen, die das Kind als eine Erweiterung ihrer selbst betrachten und sich in sein Leben hineindrängen, dabei aber blind und taub sind gegenüber den Wünschen und Bedürfnissen des Kindes.

Fast alle der 17 von Lidz untersuchten Mütter waren gestörte und

seltene Persönlichkeiten. Einige passen nach Lidz in die Kategorie der abweisenden Mutter, die das Kind im Grunde nicht wollte und ihm deshalb keine psychische Energie zuzuwenden vermochte. Wieder andere besitzen allem Anschein nach das notwendige Maß an mütterlichen Fähigkeiten, aber in diesen Fällen beherrscht die schwere Psychopathologie der Ehemänner das Familienleben.

Manche der von Lidz untersuchten Mütter hatten während der ersten Lebensjahre des Patienten so gut wie nichts mit ihm zu tun gehabt. Den Müttern, deren Leben von Versagungen und Enttäuschungen gekennzeichnet ist, fehlt es häufig an weiblicher Wärme und Zärtlichkeit und sie vermitteln den Eindruck, daß ihre zwischenmenschlichen Beziehungen durch Distanz gekennzeichnet sind. Sie sind im Umgang mit ihren Kindern häufig übermäßig besorgt, ängstlich und unsicher oder distanziert.

Bei den Vätern Schizophrener fand Lidz, 1979, 114, folgende Merkmale: Sie waren sich ihrer Männlichkeit in vielen Fällen nicht sicher, einige waren paranoid, für Gefühle und Bedürfnisse anderer waren sie häufig unansprechbar, da sie mit ihren eigenen Problemen beschäftigt waren, konnten sie ihrer väterlichen Rolle nicht angemessen nachkommen.

In Stichworten zusammengefaßt kamen nach Städeli, 1978, 20, folgende Autoren auf Grund ihrer Studien von depressiven Kindern auf ungünstige Merkmale der Eltern:

- | | |
|------------|--|
| Ackermann: | die krankhaften Verhaltensweisen der Familienmitglieder sind verstrickt und verstärken sich. |
| Rutter: | die psychische Störung eines Kindes ist Folge der Wirkung der Krankheit eines Elternteils, wenn die emotionale Beziehung zum Kind beeinträchtigt ist. |
| Bogadia: | die Eltern von 233 depressiven Kindern waren zwanghaft schizoid, ängstlich. Ein Großteil der Patienten verlor einen Elternteil vor dem 18. Lebensjahr. |
| Nissen: | untersuchte Eltern von 105 depressiven Kindern und fand folgende Belastungen durch die Eltern: depressive Verstimmung, Schwachsinn, Alkoholismus. |

Städeli, 1978, 27, fand in seinem Untersuchungsgut bei den Müttern depressiver Kinder häufig eine schwer belastete Kindheit durch Tod der eigenen Mutter, Vernachlässigung, Benachteiligung durch reizbare, kranke Väter. Die Mütter, die häufig ein überdurchschnittlich schweres Leben bewältigen müssen, sind oft überarbeitet, überlastet, krank und müssen die Erziehungsverantwortung meistens alleine tragen. Städeli, 1978, 26: Von den 28 Vätern depressiver Kinder waren 18 auffällig: 2 endogene Depressionen, 2 Suizide, 8 Alkoholiker, 4 sexuell Auffällige, 2 Sektierer, außerdem waren sie häufig jähzornig, reizbar, streitsüchtig, eigenbrötlerisch und kontaktarm.

Die Beziehung der Väter zu ihren depressiven Kindern war meist schlecht: Sie hatten wenig Zeit für ihre Kinder, beteiligten sich kaum an der Erziehung, lehnten die Kinder öfters ab und schlugen viel.

In Untersuchungen über Merkmale von Eltern, die ihre Kinder mißhandeln, werden folgende genannt:

Koers (mündliche Mitteilung): Negative emotionale Erfahrung der Eltern in ihrer Kindheit, (Enttäuschung, Ablehnung, depressive Mütter, Mißhandlungen, Heime, Verzweiflung, Einsamkeit,)

Ähnliche Merkmale beschreibt Riehl, 1978, 21, von Müttern, die ihre Kinder töteten.

- Belastungen im Elternhaus der Täterinnen: unehelich, gestörte Beziehung zwischen Vater und Mutter, häufig Streit, Alkoholismus,
- in einigen Fällen waren die Täter psychotisch, depressiv, schizophren, in anderen Fällen Einzelgänger, unreif.

Ein zusammenfassender Vergleich dieser Untersuchungen zeigt, daß die genannten Autoren in ihrer Studie auf ähnliche Merkmale der Eltern stießen.

Diese ungünstigen Merkmale wirken besonders dann negativ auf die Entwicklung des Kindes, wenn dadurch die Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigt ist. Die Ursache der beeinträchtigten Beziehung liegt in den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen der Eltern, besonders der Mutter. Diese Störungen führen häufig zu einer mangelnden oder fehlenden Feinfühligkeit der Mutter, weil diese mit ihren eigenen Problemen beschäftigt ist.

Grossmann, 1977, 107, beschreibt die fehlende Feinfühligkeit nach Ainsworth folgendermaßen: " Die völlig uneinfühlsame Mutter gehorcht nahezu ausschließlich ihren eigenen Bedürfnissen, Stimmungen und Aktivitäten. Ihre Eingriffe und Kontaktaufnahme sind be-

stimmt oder beeinflußt von Signalen, die von ihr selbst kommen." Die Ursache der genannten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die sich auf die Beziehung des Kindes und somit auf seine Entwicklung negativ auswirken, werden u.a. von Lidz, Städeli, Koers, Riehl und Spitz in der unglücklichen Kindheit der Eltern gesehen.

Schmalohr, 1975, Mussen, 1976 und Spitz, 1976, beziehen sich hier u.a. auf die Tierexperimente von Harlow, die zeigen, wie die Verhaltensweisen von Rhesusaffen von dem Vorhandensein einer Mutter bzw. der Qualität des Mutterersatzes (Draht- bzw. Stoffmutter) abhängt und das Verhalten der Affen ihren Nachkommen gegenüber beeinflußt. Harlow beschreibt das Verhalten von 'mutterlos aufgewachsenen Affenmüttern ihren Jungen gegenüber folgendermaßen (zit. nach Schmalohr, 1975

142): " Ihr Gefühlsleben war derart verkümmert, daß sie ihren eigenen Kindern gegenüber hilflose, hoffnungslose und herzlose Mütter abgaben. Sie kümmerten sich nicht um die Kinder, sondern ließen sie im Stich. Sie verhielten sich entweder brutal oder gleichgültig, oder abwechselnd in den beiden Weisen. Sie schlugen und bissen ihre Kinder. Einige Säuglinge starben an Verletzungen und am Verhungern. Während wilde Mütter ihre Kinder in den ersten Wochen nie zurückwiesen, wurden sie ständig verstoßen und mußten auf Bauchkontakte zur Mutter verzichten."

Mit diesen Untersuchungen liegt für Schmalohr, 1975, 145, ein Beweis dafür vor, daß die Entwicklung der Gefühlssysteme von Lernprozessen in der Entwicklung der grundlegenden Mutter-Kind-Beziehung abhängt. Eine beim Kind gestörte Mutter-Kind-Situation wirkt sich als Störung auf das eigene spätere, mütterliche Verhalten aus und " vererbt " sich auf diese Weise, ein Beispiel für die Symptomtradition (Mitscherlich) in Familien.

Auch Spitz, 1976, weist aus psychoanalytischer Sicht auf die Untersuchungen von Harlow hin. Er betont dabei den Unterschied zwischen der Mutterattrappe und der lebenden Rhesusaffenmutter, die durch ihre Fähigkeiten und Unternehmungen fortgesetzt Anpassungsleistungen ihres Kindes an ständig wechselnde Situationen anregt. Die Auswirkungen, der an Attrappen aufgezogenen Rhesusbabys beschreibt Spitz, 1976, 42, folgendermaßen: " Sie bleiben auf einem Entwicklungsstadium stehen, das wir beim Menschen das Stadium des primären Narzißmus nennen, sie umarmen den eigenen Körper, sie umklammern ihre Tuchmütter. Wenn sie älter werden, tragen sie ständig die Tuchmutter mit sich umher, was sie daran hindert, soziale Beziehungen zu anderen Affen anzubahnen und den Weg zu allen anderen Objektbeziehungen versperrt."

Dasselbe trifft nach Spitz, 1976, 43, auf die " Immer-zusammen-Affen " zu: (gleichaltrige Rhesusbabys, die an einer Attrappe miteinander aufgezogen werden, hängen Tag und Nacht aneinander) " Jeder Partner hindert den anderen daran, wirkliche Objektbeziehungen einzugehen." Die gestörten Beziehungen in Familien sollen im nächsten Kapitel beschrieben werden. Hier soll nur festgehalten werden, wie die eigenen Kindheitserfahrungen, besonders das Fehlen oder Vorhandensein einer geeigneten Beziehung zur Mutter, die Beziehung zum Kind beeinflusst. Obwohl gegen das Übertragen von tierexperimentellen Befunden auf Menschen zahlreiche Einwände bestehen (Schmalohr, 1975), soll auf Gemeinsamkeiten mit den gestörten familiären Beziehungen hingewiesen werden. Die Beziehung der Affen, die ständig an der Tuchmutter oder am gleichaltrigen Affenbaby hängen, erinnert an die von Mahler beschriebenen symbiotisch-parasitären Mutter-Kind-Beziehungen oder an die von Bauriedl beschriebene Verschmelzung.

8.3.2.3. Beziehungen in der Familie

Die pathogenen Auswirkungen von gestörten Beziehungen in Familien beschreiben u.a. Richter, Willi, Stierlin, Boszormenyi-Nagy, Lidz, Bauriedl. Im vorhergehenden Kapitel wurde darauf hingewiesen, daß in Familien schizophrener und depressiver Kinder, als auch bei Eltern, die ihre Kinder mißhandelten, häufig gestörte Beziehungen vorlagen. (Lidz, Koers, Langmeier) Hinsichtlich der Beziehungen in Familien schizophrener Kinder stellte Lidz, 1979, 119, folgendes fest:

- in der Hälfte der untersuchten Familien hatten beide Ehepartner mit sich selbst große Schwierigkeiten, die sich durch die Beziehung hoffnungslos vergrößerten,
- jeder Partner verfolgt seine eigenen Bedürfnisse und Ziele und ignoriert weitgehend die des anderen,
- häufig verhindert die Loyalität der Partner zum eigenen Elternhaus das Entstehen der Kernfamilie,
- alle Beziehungen zeichnen sich durch einen absoluten Mangel an gegenseitiger Ergänzung aus.

Nach Bauriedl können gestörte Beziehungen in der Familie unter folgenden familiendiagnostischen Gesichtspunkten gesehen werden. Der erste und eine der wichtigsten familiendiagnostischen Gesichtspunkte betrifft die Unterscheidung von Verschmelzung und Trennung

zweier oder mehrerer Familienmitglieder (Bauriedl, 1980, 106). Nagy's Beziehungstheorie beruht auf dem Grundgedanken des Dialogs als Ausdruck der Trennung von Individuen. Mit Bowen bezeichnet Boszormenyi-Nagy den Zustand der Verschmelzung bei mangelnder Subjekt-Objekt- Abgrenzung in Familien als " undifferenzierte Ichmasse." Bauriedl, 1980, 107, weist auf die Wichtigkeit der Abgrenzung des Begriffs Symbiose als gegenseitige nichtpathologische Abhängigkeit von der Verschmelzung als doppeltparasitäre Beziehung hin. Diese Verschmelzung zweier oder mehrerer Individuen vergleicht Bauriedl mit einer Zelle, die im Zustand der Zellteilung fixiert ist. Wenn sich der eine Teil dieser ungetrennten Einheit bewegen will, Nahrung aufnehmen will, Exkremente ausstoßen will oder lebendig sein will, bedeutet das Einschränkung bzw. Tod für den anderen Teil. Was der Eine von der gemeinsamen Substanz an sich reißt, geht dem Anderen verloren. Die Genese solcher Verschmelzungszustände kann man sich parallel zur Genese einer intrapsychischen Fixierung auf einer frühen Entwicklungsstufe mit entsprechender neurotischer oder psychotischer Regression vorstellen. Für die Symbiose, also die gegenseitige Abhängigkeit im positiven Sinn (ich und du) besteht in jedem Moment die Chance, sich durch Beziehungsaufnahme weiterzuentwickeln bzw. auszudifferenzieren, aber auch das Risiko durch dualistisches Zerfallen (ich oder du) in einem Verschmelzungszustand fixiert zu werden. Die Verschmelzung ist nach Bauriedl nicht ein früher Zustand jeder Beziehung, sondern ein durch Fixierung der Beziehung zustandegekommener Zustand der Erstarrung - und das schon von der frühesten intrauterinen Mutter-Kind-Beziehung an, ebenso wie in jedem Augenblick jeder anderweitigen zwischenmenschlichen Beziehung. Bei einer gestörten Entwicklung verwenden die Bezugspersonen das Kind zum Ausbalancieren ihres eigenen psychischen Gleichgewichtes, indem sie projektiv eigene Bedürfnisse oder andere Inhalte bei ihm wahrnehmen und dort mit ihnen umgehen. Das führt dazu, daß die Kinder ihre eigenen Grenzen nicht finden können und statt der eigenen Bedürfnisse und Gefühle die der Eltern erleben. Dieser Verschmelzungszustand ist durch wechselseitige Ausbeutung (ich oder du) gekennzeichnet. Es handelt sich um zwei Formen der Ausbeutung oder Unterdrückung. Bauriedl, 1980, 108: " Die Unterdrückung des anderen zum Zweck der Entfaltung der eigenen Lebensbedürfnisse, und die Unterdrückung des anderen zur Aufrechterhaltung der eigenen Lebensberechtigung. " Zwei Formen der Angst und Bedrohung ergänzen sich ständig: die Bedrohung mit Ausschluß aus der Triebbe-

friedigung und die Bedrohung mit Ausschluß aus der sozialen Gemeinschaft. Die damit korrespondierenden beiden Formen psychischer Todesangst sind die Angst vor dem Verhungern und die Angst vor Isolierung durch Ausstoßung. In der parasitären Symbiose kann es scheinbar nur einem der beiden Partner gut gehen. Jeder kann nur auf Kosten des anderen leben. Jede Lebensäußerung des einen macht dem anderen Angst und Schuldgefühle, weil sie für ihn lebensbedrohlich sind. Da sich jeder Beziehungspartner ununterbrochen von den beiden Extremen Isolation und Verschmelzung bedroht fühlt, entsteht kein Vertrauen in die Geborgenheit der Beziehung. (Bauriedl, 1980, 115)

Der zweite familiendiagnostische Gesichtspunkt betrifft Ersatztrennungen und Ersatzkontakt und Progression bzw. Regression. Die Erlebensweise ich oder du mit ihrer erpresserischen Beziehung stellt nicht nur einen Ersatzkontakt durch Verklammerung her, sie ermöglicht auch eine ersatzweise Abtrennung vom Partner. " Jede Familie hat ihre spezifischen Muster, die den Rahmen für zugelassene Nähe und Entfernung bestimmen, dieser Rahmen stellt die Demarkationslinie zwischen Regression und Progression dar, innerhalb derer Befriedigung und Individuation möglich ist. Die zur Einhaltung dieser Demarkationslinie eingesetzten intra- und interpsychischen Abwehrmechanismen lassen sich unterscheiden, ob sie zur Vermeidung von Verschmelzungsangst (Angst vor Regression) oder zur Vermeidung der Angst vor Isolation (Progression) eingesetzt werden." (Bauriedl, 1980, 117)

Als dritten familiendiagnostischen Gesichtspunkt nennt Bauriedl familiäre Abwehrmechanismen als Bündnisstrukturen. Abgewehrt wird intrapsychisch die Angst vor den Triebansprüchen bzw. vor einem Zusammenbruch des Ich, der bevorstünde, wenn Triebansprüche zugelassen werden würden, die die Fähigkeiten des Ichs überschreiten, interpsychisch die Angst vor der Reaktivierung jedes Einzelnen durch die vermiedene Individuation der Partner. Das Grundprinzip der familiären Abwehr kann unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden: unter dem Aspekt der Verschmelzung, der Dissoziation von Beziehungsweisen, als Ersatztrennung oder Ersatzkontakt und in der Behinderung von Regression und Progression und unter dem Aspekt der Bündnisstrukturen.

Der vierte familiendiagnostische Gesichtspunkt sind " Lebensbedingungen" der einzelnen Familienmitglieder und der Gesamtfamilie,

Bauriedl, 1980, 121, versteht darunter die durch Ambivalenzspaltungen gesetzten Bedingungen unter denen eine Person die Berechtigung hat, da zu sein. Diese Bedingungen trägt jeder in Form von Abwehrmechanismen, andererseits wirken die Abwehrmechanismen aller anderen auf jeden einzelnen. Die kranken Stellen in der Familie sind immer Stellen, an denen die Trennungs- und Kontaktlinien nicht zwischen den Personen, sondern durch die Personen verlaufen. In jeder Familie gibt es solche eingeschränkten Lebensbedingungen, unter denen die einzelnen oder die Gesamtfamilie leiden. Das Muster der Dissoziationen ist immer wieder etwas anders. Wie gesund eine Familie ist, läßt sich daran erkennen, in welchem Maß die einzelnen Familienmitglieder sich "unbedingt", also ohne Bedingungen akzeptieren und wohlfühlen können und in welchem Grad ein Mitglied dieser Familie aus sich selbst heraus eine Lebensberechtigung hat, in welchem Grad es akzeptiert wird, ohne bestimmte Normen erfüllen zu müssen.

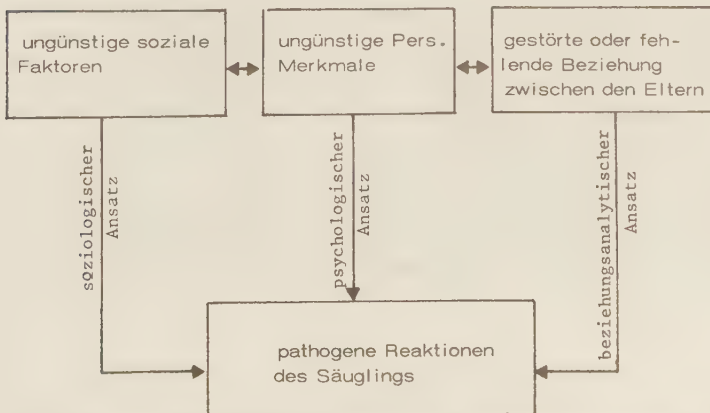
Zuletzt weist Bauriedl noch darauf hin, daß in den Beziehungen häufig Materie statt Beziehung, Verhalten statt Erleben, Einsamkeit statt Kontakt angeboten und verlangt wird. In gestörten Familien begegnet man häufig durch Materialisierungen entfremdetes Leiden. Hier leidet scheinbar einer am anderen oder alle an einem gemeinsamen Feind.

Zusammenfassend stellt Bauriedl, 1980, 126, fest, daß der Zustand gestörter Beziehungen unter dem Aspekt der Verschmelzung und Dissoziation der Beziehungsweisen zu sehen ist, während die entsprechende Interaktionsform als manipulative Bündnisstrukturen bzw. gegenseitige Fixierung zwischen Progression und Regression erscheint. Die Wahrnehmungs- und Erlebnisform gestörter Beziehungen ist gekennzeichnet durch projektive und introjektive Prozesse, die die Grenzen der Individuen aufheben. Die Symptome von Beziehungsstörungen können als Materialisierung bzw. als zum "Leiden" denaturiertes Leiden angesehen werden.

Zusammenfassende Bemerkung

Negative Entwicklungsbedingungen sind gekennzeichnet durch die ungenügende und unzureichende Befriedigung der Bedürfnisse des Säuglings. Das kann zwei Wurzeln haben: Entweder es fehlen positive Entwicklungsbedingungen oder es kommt zu einer Akkumulation von ungünstigen Entwicklungsfaktoren.

Es wurden soziale und psychologische Faktoren dargestellt, die die Entwicklung eines Säuglings gefährden und zu schweren Störungen führen können. In Untersuchungen über den p.K. die Säuglingssterblichkeit, Kindsmißhandlungen und Deprivation wurden folgende soziale Faktoren als Risikofaktoren angeführt: junges Alter der Mutter, Unvollständigkeit der Familie, kinderreiche Familien, Unterschicht, ungünstige Wohnverhältnisse. Diese Risikofaktoren korrelieren häufig miteinander. So ist junges Alter der Mutter häufig verbunden mit Unehelichkeit, Unterschicht und ungünstigen Wohnverhältnissen usw. Das soziologische Erklärungsmodell sieht in den ungünstigen sozialen Faktoren die Ursachen für die Störungen. Im psychiatrischen Erklärungsmodell werden Störungen von Kindern auf die Persönlichkeitsstruktur der Eltern zurückgeführt. Dieser Ansatz impliziert, daß Störungen von Kindern wie Schizophrenie, Depression usw. auf folgende Merkmale der Eltern zurückgeführt werden können: Psychosen, neurotische Störungen, Infantilität usw. Die Ursache dieser ungünstigen Merkmale der Eltern werden in einer belastenden Kindheit durch broken home, Mißhandlungen, Deprivation usw. gesehen. Die pathogenen Merkmale der Eltern und deren ungünstige Kindheit führen häufig dazu, daß eine partnerschaftliche Beziehung zwischen den Eltern nicht entstehen kann oder völlig gestört ist. Vergrößert werden die Beziehungsstörungen auch durch die oben genannten sozialen Faktoren, besonders durch die beengten Wohnverhältnisse. Die Beziehungsstörungen können dazu führen, daß der Säugling als eigenes Individuum nicht angenommen wird und seine Bedürfnisse in der familiären Beziehung weder wahrgenommen noch adäquat befriedigt werden, was zu pathogenen Reaktionen des Säuglings führen kann.



Tab. 11: Erklärungsmodelle für pathogene Reaktionen eines Säuglings

Im folgenden sollen negative Einflüsse während der Entwicklungsphasen des Säuglings dargestellt werden.

8.3.3. Negative Einflüsse während der Entwicklungsphasen des Säuglings

8.3.3.1. Negative Einflüsse während der Schwangerschaft

Neuere Forschungen deuten darauf hin, daß schon während der Schwangerschaft bedeutsame Einflüsse auf den Verlauf der Entwicklung des Fötus, dessen spätere Gesundheit und Anpassung einwirken. Nach Müller, 1975, 114, können folgende Einwirkungen das ungeborene Leben schädigen: beengte Raumverhältnisse im Uterus (Mehrlingsgeburt), mangelhafte Ausbildung der Plazenta (dadurch möglicherweise ungenügende Sauerstoffversorgung), mechanische Einwirkungen (durch Stoß, Schlag oder Erschütterung), Krankheiten der Mutter, schlechter Ernährungszustand, Überlastung der Mutter durch Arbeit (mehrere Untersuchungen haben ergeben, daß viele Mütter schwachsinniger Kinder während der Schwangerschaft unter Erschöpfungszuständen litten), Medikamente, Rauchen, Drogen, Alkohol. Aus psychologischer Sicht wird hauptsächlich in der negativen Einstellung der Mutter zur Schwangerschaft ein ungünstiger Einfluß auf den Schwangerschaftsverlauf und auf die Entwicklung des Säuglings gesehen.

Langmeier, 1977, 120, verglich eine Gruppe von 220 aus unerwünschten Schwangerschaften geborene Kinder mit einer Gruppe von 220 Kontrollkindern. Zusammenfassend ergab sich, daß die unerwünschten Kinder kürzere Zeit gestillt wurden, häufiger Gegenstand ärztlicher Betreuung waren und eine Tendenz zu einer weniger harmonischen körperlichen Entwicklung aufwiesen. Die unerwünschten Kinder blieben in der Schulleistungsfähigkeit und in der Adaptionfähigkeit an Frustrations- und Streßsituationen insgesamt hinter den Kontrollkindern zurück. Wie die ungünstige Einstellung zur Schwangerschaft die Entwicklung eines Säuglings beeinflusst, veranschaulichen auch die Untersuchungen von Rothmann. Er fand, daß bei der kühlen Mutter, gekennzeichnet durch eine bewußte Ablehnung und unbewußte Annahme der Schwangerschaft (die Ablehnung ist eher Folge situationsbedingter Konflikte), der ambivalenten Mutter gekennzeichnet durch eine bewußte Annahme bei gleichzeitiger unbewußter Ablehnung der Schwanger-

schaft und bei der katastrophalen Mutter, die ihr Kind unbewußt und bewußt ablehnt folgende Merkmale und Verhaltensweisen zu beobachten sind: Ambivalente Mütter hatten eine größere Aggressivität, Depressivität und emotionale Labilität mit hohem Ausmaß an Ängstlichkeit. Sie sind stillunwilliger, haben Angst vor der Geburt, sind Kindern gegenüber aggressiver und beherrschend. Frühgeburten kommen hier gehäuft vor. Kühle Mütter zeigen ein ähnliches Bild wie die ambivalenten, sind jedoch aggressiver, weniger anpassungsfähig und unbeherrschter. Hier sind viele Übertragungen zu beobachten. Die Katastrophenmütter gehören häufig den sozial niedrigeren Schichten an und sind psychisch am gestörtesten. Sie haben hohe Werte in offener Aggressivität, Depression, Reizbarkeit, Intoleranz. Sie lehnen Schwangerschaft, Geburt, das Stillen und die Beschäftigung mit Kindern ab und entwickeln starke Schwangerschaftsbeschwerden. Auf Grund ihrer engen Bindung an Elternfiguren sind sie unfähig, eine positive Beziehung zu dem Kind zu entwickeln. Sie haben die schwierigsten Geburten und massive Fälle von Frühgeburten. Es zeigt sich auch, daß die Katastrophenmütter in signifikant höherem Ausmaß leichtere und schwerere Kinder zur Welt bringen und bei den Kindern apathisches Verhalten leicht in hyperaktives Schreien umschlägt. Bei den Kindern der Gruppe ambivalenter Mütter liegt der Schwerpunkt in Erbrechen und Hyperaktivität. Bei den Kindern der Gruppe kühler Mütter liegt der Schwerpunkt der Störungen im Apathiesyndrom.

Es war also in dieser Untersuchung möglich, nachzuweisen, daß sich die ablehnende Einstellung der Mutter signifikant auf das Verhalten des Kindes auswirkt. Die ablehnende Einstellung zur Schwangerschaft und eine mangelnde Anpassung an die mütterliche Rollenfunktion sind in erster Linie für die sogenannte emotionale Belastung, den emotionalen Streß, das psychische Spannungssyndrom verantwortlich. Rothmann, 1974, 76: "Die biologische Einheit Mutter-Kind, die Einheit der beiden Gefäßsysteme, wirkt sich bei den feindlich eingestellten und psychosomatisch gestörten Müttern für den Feten schädlich aus. Die psychische Störung der Mutter, die sich in der Störung ihrer endokrinen Abläufe spiegelt, bombardiert mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits den Embryo und dann den Feten mit Affektstoffen. Man kann sich vorstellen, daß diese Traumatisierung in einer Labilisierung des endokrinen Systems resultiert und die Frustrationstoleranz für postnatale Einflüsse vermindert."

Auch die psychosomatische Gynäkologie sieht in der bewußten oder unbewußten Ablehnung der Gravidität nicht nur eine Quelle für einen gestörten Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, Abort, vermehrte Emesis, protrahierte oder schmerzreiche Geburt), sondern auch eine Gefahr für die Gesundheit des Kindes." (DFG-Bericht, 1977, 25)

Der DFG-Bericht weist darauf hin, daß die unerwünschten Kinder eher einem inkonstanten Pflege- und Erziehungsverhalten ausgesetzt sind und daher eher in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung gestört werden können.

Außerdem stellt dieser Bericht fest, daß die abgelehnten Kinder häufiger in Fremdfamilien oder Tagesstätten untergebracht werden. (DFG, 1977, 31), die Ursachen der unerwünschten Schwangerschaft wird im Zusammenhang mit sozialen und psychologischen Faktoren der Mutter gesehen. Auf soziale Faktoren weist der DFG-Bericht, 1977, 28, hin: unerwünschte Schwangerschaft gehäuft bei Ledigen, Müttern von zwei oder mehreren Kindern, Mütter unter 20 und über 30 Jahren, bei einer Ehedauer von unter zwei oder mehr als 10 Jahren, bei kurzem Abstand zur letzten Geburt, einem Kind mit Mißbildungen oder Cerebralschäden in der Anamnese, Frauen von Arbeitern und Studenten.

Auch Lukesch-Tomann sieht die Ursachen der negativen Einstellung zur Schwangerschaft in äußeren Umständen wie finanzielle Probleme, Wohnungssorgen aber auch in Partnerproblemen. Je stärker diese Schwierigkeiten als Belastung während der Schwangerschaft empfunden werden, desto ablehnender war ihrer Meinung nach auch die Einstellung der Frau zur Schwangerschaft und zum anderen Partner. Solche Ablehnung der Mütter drückt sich ihrer Meinung nach in Befürchtungen aus, sie könnten ein mißgestaltetes Kind zur Welt bringen oder in einer negativen Einstellung zum Stillen. Kinder solcher Mütter zeigten in den ersten vier Lebensjahren von der Norm abweichende Verhaltensweisen. Diese Kinder erbrechen und schreien sehr viel häufiger oder stärker als andere. Herms, Eicker und Gabelmann, 1979, 677, weisen auf folgende Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren der Schwangeren und Schwangerschaftsverlauf hin: " Ist eine Frau durch neurotische Ängste gestört oder in ihrer Rollenidentität wegen endogener oder frühkindlicher Störungen und Fehlentwicklungen oder aber wegen einer Notlage unsicher, so ist mit Schwierigkeiten während der Schwangerschaft und Geburt zu rechnen. Aus Erfahrungen wissen wir, daß psychische Labilität, Ängste in der Beziehung zum anderen Geschlecht, besonders zum eigenen Partner, Ambivalenz zur Mutterschaft und jetzigen Schwangerschaft sowie Streßsituationen, wesentliche Risiken sein können."

Hermes, Eicker und Gabelmann, 1979, 678, untersuchten 90 Schwangere und teilten sie in 3 Gruppen ein:

1. und 2. Gruppe: Erstgebärende mit vorzeitigen Wehen zwischen 28. bis 32. Schwangerschaftswoche mit (1. Gruppe) und ohne Muttermunderweiterung.
3. Gruppe
Gesunde Erstgebärende parallelisiert nach Alter, Familienstand, sozialer Schicht.

Die 1. und 2. Gruppe empfanden die Menarche unangenehm, litten während der Menstruation häufiger unter Übelkeit, Schwindel, Spannen in der Brust usw. Erbrechen während der Schwangerschaft und die Zahl der vorangegangenen Aborte waren häufiger. Patientinnen mit vorzeitigen Wehen empfanden Sexualität auch vor der Schwangerschaft häufig als lästig, abhängig von Stimmungen und nicht so befriedigend. Auch war die Schwangerschaft der 1. und 2. Gruppe seltener erwünscht. Die Patientinnen der 1. und 2. Gruppe waren dem anderen Geschlecht gegenüber unsicherer, ihr Verhältnis zum Partner war schlechter, sie litten häufiger unter Belastungen durch soziale Probleme und hatten ein höheres Depressionspotential. Aus seinen Beobachtungen schließt auch Greenacre, (zit. nach Lebovici, 1978, 176) der den Zuckungsreflex beim 30 Wochen alten Fötus und die Einwirkung verschiedener Reizquellen wie Stoffwechselstörungen, Infektionen, Dysfunktion usw. untersuchte, daß die psychophysische Verfassung der Mutter Einfluß auf den Verhaltenstypus des Fötus ausübt. Das stimmt mit dem Volksglauben überein, der bestimmte Angstzustände beim Kind, abgesehen von der späteren psychologischen Beeinflussung durch die Mutter, ursächlich mit ängstlichen oder traumatisierenden Affektzuständen der Mutter während der Schwangerschaft selbst zusammenhängend sieht. Auch physiopathologische Untersuchungen während der Schwangerschaft haben ergeben, daß neben Mängeln der Sauerstoffzufuhr und Ernährungsbedingungen, hormonale oder enzymatische Dysharmonien Irritationen und Spannungen im Organismus hervorbringen. Lebovici, 1978, 177, stellt fest: " Bestimmte Unverträglichkeit zwischen Mutter und Kind hinterlassen endgültige Spuren. Der Organismus oder wenigstens bestimmte Regulierungsmechanismen bewahren Spuren auf und machen eine Konditionierung durch, die zum Zeitpunkt des relationalen Geschehens entwickeltere Reaktionen umfaßt und eine Ätiopathogenese der frühen psychosomatischen Affektionen des Kindes liefert."

Den Einfluß von mütterlichen psychologischen Streß auf den Fötus untersuchten Morishima, Peterson, Finster. Sie beobachteten

trächtige Affen und setzten sie unter Streß, indem sie sie blendeten. Während dieser Zeit zeigten die Affen erhöhten arteriellen Blutdruck und einen erhöhten Puls, der bei den meisten von Arrhythmien begleitet war. " Eine Verschlechterung des Fötus durch Aufregungen der Mutter resultiert zweifellos aus einer vermehrten uterinen Aktivität und einer Beeinträchtigung der utero-placentalen Zirkulation. Unsere Untersuchungen weisen darauf hin, daß Schmerz und Leiden der Mutter oder Ängste zu einer Abnahme des uterinen Blutflusses führen. Daraus kann geschlossen werden, daß die mütterliche Übererregbarkeit für den Fötus Gefahren mit sich bringt." (Morishima, 1978, 290)

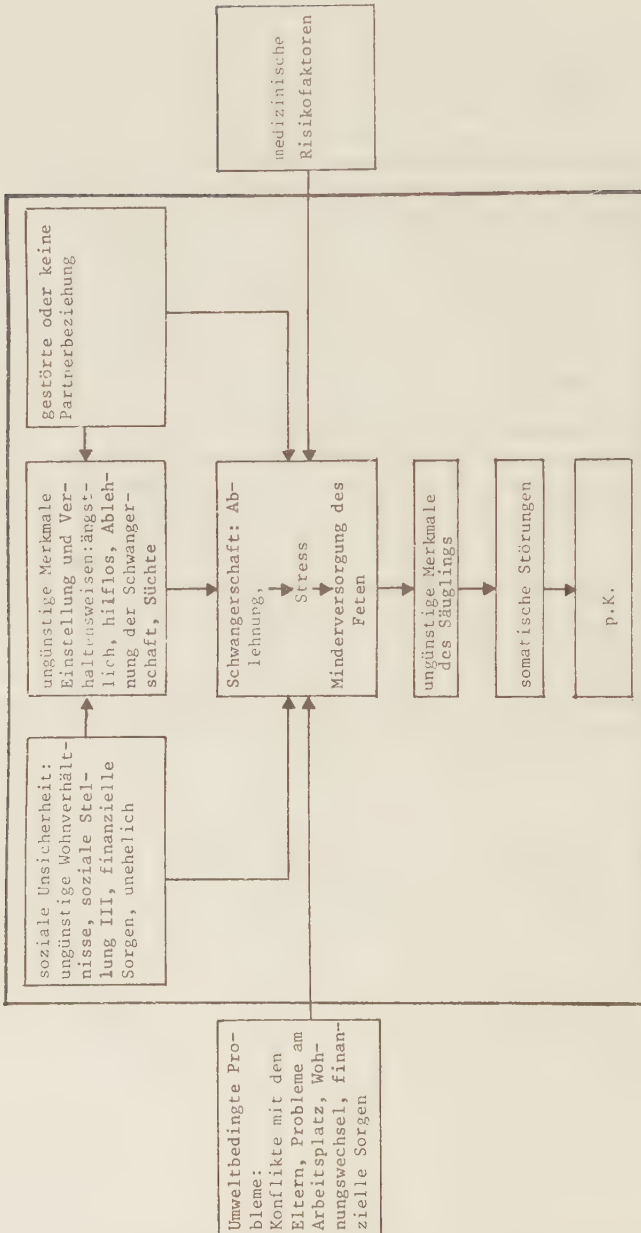
Auch Mussen weist auf die Zusammenhänge zwischen den Emotionen der Mutter und Reaktionen des Neugeborenen hin. " Obwohl zwischen den Nervensystemen der Mutter und des Föten keine direkten Verbindungen bestehen, kann die Gefühlsverfassung der Mutter die Reaktionen und die Entwicklung ihrer Leibesfrucht beeinflussen." (Mussen, 1976, 126) Da die Emotionen der Mutter, wie Wut, Furcht und Ängstlichkeit das autonome Nervensystem der Mutter aktivieren, so daß bestimmte Chemikalien in den Blutstrom ausgeschüttet werden, verändert sich der Zellstoffwechsel und durch die Plazenta werden chemische Substanzen übermittelt, die Veränderungen des fötalen Kreislaufs hervorrufen. Diese Veränderungen können den Fötus stören. Mussen, 1976, 126, weist darauf hin, daß in Untersuchungen festgestellt wurde, daß bei Föten eine Steigerung der Körperbewegungen um mehrere 100% festgestellt wurde, als ihre Mütter unter starker emotionaler Belastung standen. Emotionale Spannung kann die Mutter für schwere Wehen und eine schwere Entbindung prädisponieren und kann dazu beitragen, daß sich beim Neugeborenen Koliken einstellen. (Mussen, 1976, 126) Nach Mussen bewirkt unter Umständen auch die chronische Besorgnis der Mutter hinsichtlich ihrer Fähigkeit, das erwartete Kind richtig zu behandeln, die Prädisposition zur Kolikentwicklung.

Zusammenfassend stellte Mussen, 1976, 127, fest, daß die Einstellung der Mutter zu ihrem ungeborenen Kind mit Aspekten ihrer Persönlichkeit und ihres Verhaltens zusammenhängt, und daß ein Übermaß von Wut, Zorn, Angst oder Enttäuschung über eine ungewollte Schwangerschaft sich auf den Fötus auswirkt und dessen spätere Beziehung zur Mutter beeinflusst.

Zusammenfassende Bemerkung

Neben den medizinischen Risikofaktoren beeinflussen zahlreiche psychologische Merkmale, Einstellungen und Verhaltensweisen der Mutter die Entwicklung des Föten. Neuere Forschungen deuten darauf hin, daß sich die Ablehnung der Schwangerschaft und des Kindes sowie Streß und Ängste der Mutter auf den Säugling negativ auswirken: häufigere Frühgeburten, apathisches oder hyperaktives Verhalten des Säuglings, kürzere Stilldauer, häufiges Erbrechen und Schreien. Hier sei darauf verwiesen, daß die Ablehnung der Schwangerschaft einerseits ihre Ursachen in sozialen Problemen, andererseits aber in einer fehlenden oder gestörten Beziehung zum Partner hat. Weitere Stressoren sind umweltbedingte Probleme wie Überarbeitung, Konflikte mit den Eltern, Probleme am Arbeitsplatz, finanzielle Probleme, Wohnungssorgen. All diese ungünstigen sozialen Faktoren belasten die Schwangerschaft, verstärkt können diese Konflikte dadurch werden, wenn die Schwangere keine Möglichkeit hat diese Konflikte zu bewältigen und auf diese mit Hilflosigkeit oder inadäquatem Verhalten wie Rauchen und Trinken reagiert.

Naeye weist darauf hin, daß man die Ursachen des p.K. vor allem in der Fetalzeit zu suchen hat. Er nennt folgende Risikofaktoren: bakterielle Infektionen des Fruchtwassers, Blutarmut, Süchte (Rauchen, Schlaf- und Beruhigungsmittel). Unter Umständen bekommen all diese Faktoren erst durch ihre Summation die Bedeutung für den p.K. Die folgende Tabelle soll die negativen Einflüsse während der Schwangerschaft und ihre möglichen Auswirkungen darstellen:



Tab. 12: Negative Einflüsse während der Schwangerschaft und ihre Auswirkungen

8.3.3.2 . Negative Einflüsse vor , während und nach der Geburt

Im vorigen Kapitel wurden negative Einflüsse während der Schwangerschaft erörtert. Eine weitere Gruppe von Faktoren, die sich ungünstig auf den Säugling auswirken, hängt mit der Geburt zusammen. Folgende perinatale Gefährdungen können nach Pechstein die Gesundheit von Mutter und Kind bedrohen: Früh- oder Mangelgeburt, Zwillingsgeburt, Lageanomalie des Kindes, instrumentelle und operative Entbindungen, mangelhafte Geburtsleitung, Plazenta- und Nabelschnuranomalien, abnorme Wehentätigkeit und Verlängerung der Geburt, Sturzgeburt, Verengung des Geburtskanales, Asphyxie, Apgar-Noten (unter 7), schwere Gelbsucht, jede ernsthafte Erkrankung in der Neugeborenenperiode.

Zahlreiche somatische, psychische Symptome und Beziehungsstörungen werden von verschiedenen Autoren als Folgen von Geburtsschädigungen diskutiert.

Müller, 1975, 118: " Man schätzt, daß etwa 10% aller Fälle von geistiger Behinderung und von Verhaltensstörungen auf Geburtsschädigungen zurückgeführt werden müssen." Das Spektrum der Störungen reicht nach Müller von schwersten Schädigungen der Körpermotorik und der geistigen Entwicklung bis hin zu Verhaltensabweichungen, allgemeiner Unruhe, Konzentrationsunfähigkeit, Ablenkbarkeit, Ausdrucksauffälligkeiten, Sprachstörungen, Wahrnehmungsstörungen usw.

Negative Einflüsse der Früh- oder Mangelgeburt auf die spätere Entwicklung des Säuglings werden in der Literatur unterschiedlich beurteilt. Einen Zusammenhang zwischen dem p.K. und Frühgeburten sehen Müller, 1963, 11, Carpenter, 1974, 729, Bergmann, 1972, 865, Kraus, 1972, 332, Petersen, 1966, 480, Steele, 1966, 1170. Die Ursachen von Frühgeburten sind in medizinischen, sozialen und psychologischen Faktoren zu sehen.

Harnack, 1971, 50, weist darauf hin, daß neben den medizinischen Faktoren folgende soziale Faktoren eine Rolle spielen: soziale untere Schicht, uneheliche Schwangerschaft. Unverheiratete Mütter haben nach Harnack doppelt so häufig Frühgeburten. Als psychologische Ursachen nennt Harnack, 1971, 50, seelische Erschütterungen, Angst, Depressionen, Labilität, Ablehnung der Mutterschaft, Konflikte der Mutter. Auf ähnliche soziale und psychologische Faktoren verweist Müller, 1975, 120.

Auch die Münchner Perinatalstudie, 1975, 92, gelangte zu dem Ergebnis, daß bei bestimmten sozialen Faktoren sich die Frühgeburtenrate erhöht:

- Frühgeburten treten bei den über 40-jährigen doppelt so häufig auf,
- Ledige Schwangere haben mit einem Prozentsatz von 12 %, geschiedene mit 19,2 % auffällig höhere Frühgeborenenhäufigkeit als Verheiratete (6,6 %)
- In den unteren Schichten liegen die Frühgeborenenraten (11 %/ 8,9 %) über denen der gehobenen (6,7 %) und der höchsten Schicht (5,6 %).

In seinen Untersuchungen über den Zusammenhang von Depressionen im Kindesalter mit perinatalen Noxen fand Städeli, 1978, 34, bei 16 von 28 Kindern perinatale Risikofaktoren. Die depressiven Kinder haben hier, wie die frühkindlich Hirngeschädigten, in gleicher Häufigkeit perinatale Risikofaktoren (16 von 28 Kindern). Auch in Untersuchungen über Zusammenhänge von Komplikationen vor, während und nach der Geburt und Kindsmißhandlungen zeigen sich folgende Tendenzen:

Koers sieht einen Zusammenhang zwischen folgenden perinatalen Faktoren und Kindsmißhandlungen: Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht, Unreife, traumatische Geburt, Kaiserschnitt, schwierige Geburt, perinatale Komplikationen, Trennungen.

Ähnlich wie Koers weist Engfer darauf hin, daß bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, minimalen Hirnschäden und bei Frühgeburten die Mutter-Kind-Beziehung von Anfang an belastet ist. Unter mißhandelten Kindern ist diese Gruppe überproportional häufig. Diese Häufung von Kindern mit perinatalen Komplikationen ist nach Engfer an sozioökologische Faktoren gebunden: Unterschicht, uneheliche Kinder, Kinder von jüngeren und älteren Müttern.

Nach Bowlby, 1976, 289, " können die Abweichungen beim Geburtsvorgang und schwere, in den ersten Wochen nach der Geburt auftretende Traumata die (organische) Angstreaktion steigern und das Angstpotential erhöhen und dadurch eine stärkere Reaktion auf später im Leben auftretende Gefahren verursachen."

Bowlby beweist diese Hypothese mit den Arbeiten von Ucko, der feststellte, daß Kinder, die unter Asphyxie leiden, in ungewöhnlichem Maße dazu neigen, auf Trennung oder andere Umweltveränderungen mit Angst zu reagieren. Bowlby, 1976, 231: " Die Langzeit-Untersuchung von 29 Jungen berichtet (Ucko, 1965), daß Kinder, die von Geburt an unter Asphyxie leiden, auf Umweltveränderungen weit sensibler reagieren als Kontrollkinder. Wenn die Familie in Ferien fuhr oder den Wohnsitz wechselte, neigten die Asphyxie-Kinder mehr zu Unruhe als die Kontrollkinder. Das gleiche galt für den Fall, daß ein Familien-

mitglied eine Zeitlang abwesend war. Diese Unterschiede zeigten sich deutlich in den ersten drei Lebensjahren.

Nach Mussen, 1976, 128 legen einige Daten die Annahme nahe, daß anoxische gegenüber normalen Kindern ablenkbarer, reizbarer und in ihrer motorischen Entwicklung zurück sind. Weiter erscheinen Mussen, 1976, 132 folgende Faktoren bedeutsam.

Erstens werden mehr Knaben als Mädchen mit schweren Mißbildungen geboren, Knaben sind auch anfälliger für Frühgeburt. Zweitens treten die mit Schwangerschaft und der Entbindung zusammenhängenden Probleme bei Familien der sozialen Unterschicht dreis- bis viermal häufiger auf als bei Mittelklassefamilien. Toxämien, Infektionen, Frühgeburt und Anoxie sind bei Unterschicht-Müttern und ihrem Kind häufiger. Nach Mussen, 1976, 133 besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zur Unterschicht und pränatalen und perinatalen Komplikationen. Er weist weiter darauf hin, daß wenn das Kind durch mehrere hemmende Faktoren (Mangelernährung der Mutter, Toxämie, Anoxie, vorzeitige Geburt und minimale intellektuelle Stimulation) benachteiligt ist, die Wahrscheinlichkeit steigt, daß es in seiner intellektuellen Entwicklung zurückbleiben wird. (Mussen, 1976, 134)

Neben den genannten medizinischen Einflüssen, die sich negativ auf den Säugling auswirken können, wird aus psychologischer Sicht vorwiegend in der Trennung von Mutter und Kind ein ungünstiger Einfluß gesehen.

Nach Winnicott, 1978, 161, können sich die natürlichen Instinkte der Mutter nicht entfalten, wenn sie ihr Kind nach der Geburt nicht oder nur zu festgesetzten Zeiten bekommt.

Stauber, 1979, 797, weist in diesem Zusammenhang auf folgende Phänomene hin: " Den Verhaltensforschern ist eine sensitive Phase nach der Geburt von Tieren bekannt. Durch die Trennung von Muttertier und Jungen unmittelbar nach der Geburt reagieren diese mit einem abnormen Brutpflegeverhalten. So nimmt z.B. die Mutter das Junge nach einer postnatalen Trennung nicht mehr an. Beim Menschen kann man solche Zusammenhänge an Fällen ablesen, in denen Frauen in der Klinik irrtümlicherweise nicht das eigene Kind erhielten und die nach 14 Tagen nur schwer dazu bereit waren, das jeweils fremde Kind einzutauschen. Marshall verglich zwei Gruppen von Erstgebärenden, eine Gruppe bekam ihr Kind nach der Geburt eine Stunde und zusätzlich zu den Stillzeiten fünf Stunden nachmittags. Bei einer Nachuntersuchung einen Monat später zeigte sich, daß diese Mütter liebevoller und engagierter waren und länger stillten."

In diesem Zusammenhang sei an die Arbeiten von Klaus und Kennell, die vorne beschrieben wurden, erinnert. Sie weisen darauf hin, daß die Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt sich auf deren Beziehung negativ auswirken kann.

Auch Macfarlane, 1978, beschäftigte sich mit negativen Einflüssen durch Trennung nach der Geburt. Wenn Babys in besondere Abteilungen gebracht werden müssen, ist es nach Macfarlane, 1978, 103, schwierig zu beurteilen, ob Auswirkungen auf das Verhalten der Mutter oder das des Babys aus der Trennung selbst resultieren oder eine Folge der Gründe sind, aus denen das Baby der Spezialbehandlung bedurfte. Macfarlane, 1978, 108, zitiert eine Untersuchung von Whiten. Nach Whiten ergab sich aus den Notizen der Mütter, die nach der Geburt von ihrem Säugling getrennt waren, daß ihre Kinder mehr als doppelt so viel schrien. Außerdem stellte Whiten fest, daß in der Getrennten-Gruppe Mutter und Kind einander weniger anlächelten und ansahen. Weiter führt Macfarlane, 1978, 108, eine Untersuchung von Leidermann und Seashore an. Dieser stellte fest, daß sich die getrennten Mütter für ihr Kind nicht so viel Zeit nahmen. Auch Kindsmißhandlungen kommen häufiger vor, wenn Mutter und Kind in den ersten Tagen nach der Entbindung getrennt wurden (Osofsky, Leifer, Seashore, Kennell). Deshalb sieht Engfer in der Trennung zwischen Mutter und Kind einen zusätzlichen Faktor für die Ablehnung.

Greenacre sieht vor allem in der Summation verschiedener negativer Einflüsse während der Schwangerschaft und der Geburt Auswirkungen auf Verhaltensweisen in Angstsituationen. (Lebovici, 1978, 176). Die Autorin ist der Ansicht, daß die Konstitution, die pränatalen Erfahrungen, die unmittelbar auf die Geburt folgenden psychologische Situation und die Sauerstoffbedürfnisse des Neugeborenen dazu beitragen, eine Vor-Angst entstehen zu lassen, die die Verhaltensweisen, wie sie später bei Äußerungen wirklicher Angst in Erscheinung treten, präfiguriert.

Die Rolle, die die Fütterungstechnik für die Entwicklung eines Säuglings spielt, wird unterschiedlich beurteilt. In Untersuchungen über den p.K. wird häufig darauf verwiesen, daß die p.K. seltener oder weniger lang gestillt wurden. Carpenter, 1974, 729, fand in seinem Untersuchungsgut, daß 56 % der p.K. verglichen mit 60 % der KG in den ersten 2 Wochen gestillt wurden. Steele, 1966, 1168, stellt fest, daß nur 26,3 % der p.K. ganz gestillt wurden als sie das Krankenhaus verließen, verglichen mit 47,8 % der KG.

8.3.3.3. Negative Einflüsse im ersten Lebensjahr

Spitz, Bowlby, Lebovici, Schmalohr, Rutter, Mahler und viele andere betonen, daß im ersten Lebensjahr dem Säugling nichts mehr schadet als das Fehlen von Sicherheit, Liebe und Geborgenheit in der Familie. Nur auf Grund mütterlicher Fürsorge (oder Fürsorge einer anderen Bezugsperson) und einer geeigneten Beziehung zur Mutter, die eingebettet in einer günstigen familiären Situation ist, kann sich ein Säugling positiv entwickeln. Die negativen Entwicklungsbedingungen im ersten Lebensjahr und deren pathogene Auswirkungen wurden in den letzten Jahrzehnten gründlich untersucht. Als Begriffe sind für die verschiedenen Erscheinungsformen der ungünstigen Entwicklungsbedingungen im Säuglingsalter und für die beobachteten Störungen folgende Bezeichnungen in die Literatur eingegangen: Mutterentbehrung (Schmalohr), mütterliche Deprivation (Lebovici), Hospitalismus (Pfandler, Spitz), Deprivation (Langmeier). Während in der vorangegangenen Epoche vor allem das Leben von Säuglingen in Heimen, Kinderkrippen und Krankenhäusern als äußerst ungünstig betrachtet wurde, zeigt sich immer mehr, daß es eine ganze Reihe anderer Situationen gibt, die für den Säugling deprivierend sind. Nach Langmeier, 1977, 236, liegt die psychische Deprivation in einer ungenügenden Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse des Kindes und ist als Folge von Mangel an Bedingungen für eine wirksame, aktive Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt anzusehen. Langmeier, 1977, 236, unterscheidet folgende Ebenen:

- a) Mangel an Gesamtstimulation (d.h. an Variabilität, Menge, Modalität und Intensität der Reize).
- b) Mangel an Gelegenheiten für ein wirksames Lernen (d.h. Mangel an Bedingungen für das Begreifen kognitiver Struktur)
- c) Mangel an Voraussetzungen für die Anknüpfung einer spezifischen Beziehung (d.h. Mangel an emotionaler Abhängigkeit, die zur inneren Sicherheit führt.)
- d) Mangel an Voraussetzungen für die Aneignung entsprechender persönlich-sozialer Rollen (d.h. Mangel an sozialer Unabhängigkeit, Mangel an Identität)

Diese Ebenen entwickeln sich nach Langmeier sukzessiv und bedingen sich gegenseitig.

Durch eine Deprivation auf der Ebene der Stimulation ist das Kind nach Langmeier überall dort bedroht, wo das Milieu nicht genügend Antriebe bietet. Die Ursachen können in einem Mangel an materiellen Umständen (z.B. ein unzureichend eingerichtetes Heim, Isolation), in den Einstellungen der Erzieher (unempfindsam, affek-

tiv-kalt) oder auch in der Ängstlichkeit der Erzieher liegen. Die Auswirkungen von einem lang anhaltenden Mangel an Gesamtstimulation beschreibt Langmeier, 1977, 237, folgendermaßen:
" ... es kommt zu einer erhöhten Emotionalität bis zu extremer Ängstlichkeit. Falls die Situation längere Zeit andauert, kommt es zu einem Ausgleich auf einem niedrigen Aktivitätsniveau, was durch Hypoaktivität, Absinken der Emotionalität bis hinab auf die Stufe der Apathie charakterisiert ist." Die Apathie kann durch beschränkte Interaktion des Erwachsenen noch verstärkt werden. Die Ursachen des Mangels an kognitiven Strukturen sieht Langmeier, 1977, 240, in organisatorischen Ursachen oder in der Persönlichkeit des Erziehers (Mangel an Intelligenz, Gebrechen, Mangel an Aufmerksamkeit). Wenn es dem Kind nicht gelingt, sein Milieu durch erhöhte Aktivität kognitiv zu kontrollieren, kommt es nach Langmeier zu einer Steigerung der Emotionalität im Sinne einer Furcht vor dem Unbekannten und dem Unerwarteten und später zu primitiven, undifferenzierten, wenig wirksamen, unterentwickelten Interaktionen mit dem Umfeld. Hinsichtlich des sozialen Verhaltens unterscheidet Langmeier, 1977, 240, folgende Tendenzen: sozial hypoaktive Kinder und sozial hyperaktive Kinder. Die Deprivation als Mangel an Gefühlsbeziehung erfolgt, wenn dem Kinde physisch und psychisch keine Beziehungsperson in ausreichendem Maß zur Verfügung steht oder wenn die Beziehung unterbrochen wird. Als Beispiele nennt Langmeier: Mehrfachbemutterung, routinemäßige Pflege, Eltern, die eine ablehnende oder feindliche Einstellung zum Kind haben oder zu einer intensiven Beziehung nicht fähig sind. Die Folgen auf diesem Niveau kann man in der Unbeständigkeit und Unstetigkeit der angeknüpften Beziehungen erkennen. Wieder unterscheidet Langmeier zwei Extreme: die hinsichtlich spezifischer Bindung hyperaktiven Kinder und die hinsichtlich spezifischer Bindung hypoaktiven Kinder.

Die letzte Ebene die Deprivation als Mangel an persönlich-sozialer Rolle beschreibt Langmeier, 1977, 245, folgendermaßen: " Falls das Kind z.B. in seiner unmittelbaren Umgebung keine klar begrenzten und differenzierten Werte antrifft, an denen es zweckmäßig sein Verhalten orientieren kann, dann wird der Aufbau seines " Ichs " langsamer. Dieser Mangel kann sowohl durch das Heimmilieu als auch durch eine Familie von niedrigem, soziokulturellem Milieu verursacht werden. Viele Kinder nähern sich dann der EGO-Hyperaktivität oder der EGO-Hypoaktivität.

Im folgenden soll vorwiegend auf die Ebene der emotionalen Deprivation eingegangen werden, da dieser Ebene von den " klassischen " Studien der Lerntheorie (Harlow) und der Psychoanalyse (Spitz, Bowlby, Rutter, Mahler, Lebovici) die meiste Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Diese Autoren weisen alle darauf hin, daß dem Säugling nichts mehr schadet als der Mangel an einer emotionalen Beziehung. Die daraus resultierende emotionale Deprivation führt zu einem Mangel an Gesamtstimulation, Mangel an Gelegenheiten für ein wirksames Lernen und zu einem Mangel an Voraussetzungen für die Aneignung entsprechender persönlich-sozialer Rollen. Nun sollen die psychoanalytischen Ansätze von Bowlby, Lebovici und Spitz skizziert werden. Anschließend werden Trennungssituationen als besonders negative Einflüsse im Säuglingsalter beschrieben.

Bowlby, 1973, 15, bezeichnet den Zustand, in dem das Kind eine befriedigende, herzliche, innige und dauerhafte Beziehung entbehren muß, als " maternelle Deprivation ", d.h. Entzug der mütterlichen Zuwendung. Depriviert ist ein Kind dann, wenn die Mutter (oder der Ersatz) nicht in der Lage ist, dem Kind das nötige Maß an liebevoller Zuwendung zu geben oder wenn es der mütterlichen Pflege gänzlich beraubt ist.

Bowlby unterscheidet also die vollständige Deprivation (Heim- und Krankenhausaufenthalt) von der partiellen Deprivation (Pflegemutter), wo das Kind noch eine gewisse Befriedigung und Ansprache hat. Weitere deprivierende Situationen sieht Bowlby, 1973, 18, in folgenden pathogenen Eltern-Kind-Beziehungen:

- a) eine unbewußt ablehnende, äußerlich liebevolle Haltung,
- b) ein übertriebenes Bedürfnis nach Liebe und Sicherheit auf seiten eines Elternteils,
- c) ein Zustand, in der das Betragen des Kindes, obwohl nach außen hin verurteilt, einem Elternteil unbewußte Befriedigung gewährt.

Diese negativen Einflüsse durch Trennung von Mutter und Kind oder durch die obengenannten pathogenen Eltern-Kind-Beziehungen haben ihrem Ausmaß entsprechend beim Kind folgende negative Auswirkungen: akute Angst, übertriebenes Liebesverlangen, ausgeprägte Rachegefühle, Schuldbewußtsein und Depressionen.

Lebovici, 1978, 303, unterscheidet:

- a) die Unzulänglichkeit von Interaktionen, die der Mangel umfaßt,
- b) die Verzerrung der Interaktionen,
- c) die Unterbrechung der Beziehungen, wie sie von der Trennung hervorgebracht wird.

Lebovici, 1978, 303, betont, daß die Mutter-Kind-Interaktion immer in all diesen drei Dimensionen untersucht werden muß: der der Unzulänglichkeit, der Verzerrung und der Unterbrechung. Den Begriff " Verzerrung " wendet Lebovici auf eine qualitativ unzureichende Beziehung

an, und der des Fehlens oder der Frustration auf Fälle, bei denen die Interaktionen - abgesehen von ihrer Qualität - quantitativ unzulänglich sind. Mit Mangel bezeichnet Lebovici, 1978, 304, die unzulängliche Mutter-Kind-Interaktion, ob sie nun mit einer Unterbrechung oder Verzerrung in Verhältnis steht oder nicht. Lebovici, 1978, 304, schildert ein Beispiel, in welchem eine Spalkette von Reaktionen die Auswirkungen einer besonders intensiven Reaktion verschärft: " Ein Kind, das zugleich Unzulänglichkeit und Verzerrung in seinen Beziehungen zu einer abweisenden Mutter erlebt hat, kann dann von ihr getrennt und in einer Institution untergebracht werden, wo es unzureichende Interaktionen mit einem Mutterersatz erfahren wird, weil es von einer großen Zahl verschiedener Personen betreut wird, die ihm unzureichende Fürsorge angedeihen lassen. Das macht deutlich, daß in zahlreichen Analysen von drei Variablen - Unzulänglichkeit, Verzerrung und Unterbrechung - derart eng verbunden werden, daß sich keine gültigen Schlüsse über Wesen und Wirkungsgrad der Antezedentien ziehen lassen, die die schwersten pathologischen Folgen nach sich gezogen haben."

Auch Spitz, 1973, 84, begrenzt die schädlichen psychischen Einflüsse während der Kindheit vorwiegend auf die unbefriedigende Beziehung zwischen Mutter und Kind. Er unterscheidet:

- a) ungeeignete Mutter-Kind-Beziehung,
- b) unzureichende Mutter-Kind-Beziehung.

In der ersten Kategorie ist die Störung der Objektbeziehungen qualitativer, in der zweiten Kategorie quantitativer Art. Im Fall einer ungeeigneten Mutter-Kind-Beziehung kann die Persönlichkeit der Mutter dem Kind keine normale Beziehung bieten oder die Mutter ist auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur gezwungen, die normale Beziehung zu zerstören. Spitz, 1976, 221: " In jedem Fall können wir sagen, die Persönlichkeit der Mutter wirkt als das krankheitsverursachende Agens, als ein psychisches Toxin. Deshalb habe ich diese Gruppe von Störungen der Objektbeziehungen oder ihre Folgen psychotoxische Erkrankungen der Kindheit genannt." Um unzureichende Objektbeziehungen handelt es sich bei Kindern, die ohne mütterliche Beziehungen sind. Wenn den Kindern die mütterliche Beziehung ohne adäquaten Ersatz entzogen wird, wird ihnen etwas vorenthalten, was ich mit libidinöser Zufuhr bezeichnen möchte. Bei Kindern, die an Affektentzug leiden, ist die libidinöse Zufuhr unzureichend. (Spitz, 1973, 86)

Entsprechend dem Grade des Fehlens affektiver Zufuhr unterscheidet Spitz den partiellen und völligen Entzug. In der folgenden Tabelle gruppiert Spitz die mütterlichen Einstellungen und die entsprechenden kindlichen Störungen (Spitz, 1973, 86)

Tab. 13: Psychogene Krankheiten im Säuglingsalter

Ätiologische Klassifizierung nach Spitz

Mütterliche Haltung	Krankheit des Säuglings
a) Primäre unverhüllte Ablehnung des Kindes (Nicht-Akzeptierung)	Koma des Neugeborenen (Ribble) Erbrechen
b) Primäre ängstliche Besorgnis	Dreimonatskolik
c) Feindseligkeit, Form ängstlicher Besorgnis	Atopische Dermatitis des Säuglings
d) Kurzweiliges Pendeln zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit	Hypermotilität (Schaukeln)
e) Langweilige zyklische Stimmungsverschiebungen	Koprophagie
f) bewußt kompensierte Feindseligkeit	Aggressiver Hyperthymiker (Bowlby)
g) Partieller Entzug affektiver Zufuhr	Anaklitische Depression
h) Völliger Entzug affektiver Zufuhr	Marasmus

Im folgenden sollen die einzelnen mütterlichen Haltungen und die entsprechenden Krankheiten des Säuglings beschrieben werden:

a) Primäre Ablehnung:

Bei diesem Syndrom kommt die Haltung der Mutter einer totalen Ablehnung der Schwangerschaft und Mutterschaft gleich. Diese Kinder sterben oft (" zufällig " oder durch Kindermord), werden verlassen oder zur Adoption freigegeben. (Spitz, 1976, 223)

Die Reaktion des Neugeborenen auf eine Mutter, die es nicht akzeptiert, ist von Ribble beschrieben worden. In extremen Fällen werden die Neugeborenen komatös mit Cheyne-Stoke'scher Atmung, tiefer Blässe und herabgesetzter Sensibilität. Diese Zustände sind lebensbedrohlich.

Hierzu beschreibt Spitz, 1973, 88, folgende Fälle:

" Fall Mat.Nr. 55 - Die Mutter des Kindes ist 16 Jahre alt, ein zartgebautes, junges Mädchen, sie ist unverheiratet. Sie ist als Hausmädchen beschäftigt. Sie wurde vom Sohn ihres Dienstherrn verführt. Während der Schwangerschaft litt sie an schweren Schuldgefühlen. Das Kind war keineswegs erwünscht. Die Niederkunft fand in einem Entbindungsheim statt und war normal. Das Kind wurde nach 24 Stunden ohne Erfolg angelegt. Das Gleiche wiederholte sich bei den nächsten Stillversuchen. Man sagte, die Mutter habe keine Milch. Es war jedoch ohne Schwierigkeiten möglich, Milch aus der Brust herauszudrücken. Auch hatte der Säugling keinerlei Schwierigkeit, die ausgedrückte Milch aus der Flasche zu trinken. Aber wenn man das Kind an die Brust legte, behandelte die Mutter das Kind, wie wenn es eine Sache, etwas Fremdes sei und kein lebendes Wesen. Ihre Haltung war abweisend, starr und gespannt, was man am Körper, im Gesicht und an den Händen ablesen konnte. Diese Situation blieb fünf Tage unverändert bestehen. Spitz filmte den letzten Versuch des Anlegens und beobachtete, wie das Kind in eine Art präkomatösen Stupor verfiel, wie er von Ribble beschrieben worden war. Das Kind wurde mit Hilfe von Kochsalzzufuhr und Sondenfütterung wieder zum Leben erweckt.

Fall WF, Nr. 3 - Zu Anfang stillte die Mutter das Kind selbst. Bald darauf weigerte sie sich, es weiter zu nähren, weil sie behauptete, das Kind müsse danach erbrechen. Man ersetzte die Brust durch die Flasche, aber es erbrach weiter. Man änderte die Zusammensetzung der Nahrung. Während der ganzen Zeit beklagte sich die Mutter über das Kind. Nach drei Wochen bekam die Mutter eine Grippe, wurde ins Krankenhaus gebracht und von ihrem Kind getrennt. Dieses wurde dann mit dem gleichen Nahrungsgemisch mit der Flasche von einer Pflegeperson gefüttert. Das Erbrechen hörte schlagartig auf. Diese Ernährungsweise wurde sechs Wochen lang durchgeführt. Danach verließ die Mutter das Krankenhaus und kehrte zu ihrem Kind zurück. 48 Stunden später trat das Erbrechen beim Kinde erneut auf."

b) Primäre, ängstlich übertriebene Besorgnis:

Diese entspricht der mütterlichen Überbesorgtheit. Spitz weist darauf hin, daß in der Ätiologie der Dreimonatskolik neben der angeborenen Hypertonie des Kindes die übertriebene Besorgnis der Mutter eine Rolle spielt. Nach Spitz entsteht ein *circulus vitiosus*: das hypertensive Kind entlädt die Spannung, die es während des Stillens nicht abführen konnte, durch Schreien und Unruhe. Die Mutter führt sofort Nahrung zu. Das überflüssige Nahrungsquantum bedingt das Wiederauftreten des Unlustzustandes.

c) Feindseligkeit in Form ängstlicher Besorgnis:

Spitz, 1975, 98: " Die mütterliche Haltung in diesen Fällen besteht aus einer Ängstlichkeit, die sich auf alles erstreckt, was mit ihrem Kind in Beziehung steht." Dieser Ängstlichkeit entsprechen nach Spitz verdrängte Feindseligkeitsregungen der Mutter. Bei diesen Säuglingen fand Spitz eine Häufung von Dermatitis.

d) Pendeln der Mutter zwischen Verwöhnung und aggressiver Feindseligkeit scheint nach Spitz zu Hypermotilität und Hypomotilität zu führen. Bei diesen Müttern geht von einem Augenblick zum anderen die Zärtlichkeit in Wut über. Es handelt sich häufig um psychopathische Persönlichkeiten.

e) Zyklische Stimmungsverschiebungen:

Die Einstellung dieser Mütter ist monatelang konstant und schlägt plötzlich ins Gegenteil um. Bei diesen häufig depressiven Müttern handelt es sich um ein gleichbleibendes Klima steter Besorgnis um das Kind, das sich nach Ablauf von Wochen bis Monaten in eine Haltung völliger Ablehnung von gleicher Zeitdauer verwandeln kann.

f) Bewußt kompensierte Feindseligkeit der Mutter:

Für diese Mütter ist das Kind ein Objekt narzisstischer und exhibitionistischer Befriedigung. Diese Frauen sind sich bewußt, daß ihre Einstellung zum Kind inadäquat ist und versuchen, sie zu kompensieren.

g) Partieller Entzug affektiver Zufuhr:

Spitz beschreibt die Reaktion von Kindern, die nach einem Minimum von 6 Monaten guter Beziehung mit der Mutter von dieser getrennt wurden und von Pflegerinnen, die ihnen eine unzulängliche Affektzufuhr boten, versorgt wurden, folgendermaßen. Spitz, 1973, 111:

- | | |
|----------|--|
| 1. Monat | Kinder wurden weinerlich, anspruchsvoll, klammerten sich an den Beobachter. |
| 2. Monat | Weinen verwandelt sich in Schreien, es kommt zu Entwicklungsstillstand und Gewichtsverlust. |
| 3. Monat | Kontaktverweigerung, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Erkrankungen, motorische Verlangsamung, starrer Gesichtsausdruck. |
| danach | leises, seltenes Wimmern, motorische Verlangsamung, Lethargie. |

Diese Störungen nennt Spitz anaklitische Depression auf Grund der Ähnlichkeit, die das klinische Bild mit der Depression des Erwachsenen hat.

h) Völliger Entzug affektiver Zufuhr:

Für die Untersuchungen der Folgen totalen Affektentzuges standen Spitz 91 Säuglinge eines Findelhauses zur Verfügung. Diese Kinder wurden nach 3 Monaten abgestellt, danach von einer Schwester betreut, die durchschnittlich für 10 Kinder zu sorgen hatte. Die Kinder erhielten so nur den zehnten Teil der affektiven mütterlichen Zuwendung, was als totaler Mangel an affektiver Zufuhr angesehen werden kann. Die Kinder lagen völlig passiv in ihren Betten, ihr Gesichtsausdruck war leer, häufig schwachsinnig. Nach einiger Zeit zeigte sich bei einigen dieser Kinder in der Motorik das Bild des Spasmus Nutans. Das Entwicklungsniveau wurde niedriger - bis zum Niveau der Idiotie. Die verminderte Resistenz gegen Infekte einerseits und der fortschreitende Verfall andererseits führten zu einem extrem hohen Prozentsatz von Marasmus und Sterblichkeit bei den Kindern.

Spitz, 1976, 292, beschreibt diesen Verfall des Kindes durch das Fehlen mütterlicher Fürsorge folgendermaßen: " Dieser Verfall manifestiert sich zuerst in einer Stockung in der psychischen Entwicklung des Kindes, dann setzen psychische Funktionsstörungen ein, mit denen somatische Veränderungen einhergehen. Im nächsten Stadium führt dies zu gesteigerter Infektionsanfälligkeit und schließlich zu einer auffallenden Erhöhung der Sterblichkeitsquote. Spitz vergleicht die Abfolge der Symptome im Syndrom des Hospitalismus mit der Abfolge von Symptomen, die Selye als Folgen einer länger dauernden Beanspruchung durch Streß beschrieben hat. Die Tabelle soll die Parallelen veranschaulichen. Spitz, 1976, 294.

Tab.14: Parallelen zwischen den Syndromen der allgemeinen Anpassung und des Entzugs affektiver Zufuhr

Syndrom der allgemeinen Anpassung (Selye)	Syndrom des Entzugs affektiver Zufuhr (Spitz)
Spannung	Weinerlichkeit
Erregung	Zuwendung heischende Haltung
Appetitverlust	Appetitverlust Gewichtsverlust
Widerstand gegen den Auslösereiz nimmt zu	Sozialbereich nimmt zu
Anpassungsfähigkeit an andere Wirkungen nimmt ab	Stockung und Rückschritt des E.Q.
Libido unternormal	Fehlen autoerotischer Betätigung
Depression des Nervensystems	Kontaktverweigerung Schlaflosigkeit Abnahme der Motilität
Anpassung hört auf	Rückschritt des E.Q., irreversibel
Abwehrbereitschaft des Organismus hört auf	Infektionsanfälligkeit
Arteriosklerose der Hirngefäße	Starre des Gesichtsausdruckes Atypische Bewegungen der Finger
Zusammenbruch	Häufigkeit von Krankheitsfällen nimmt zu
Tod	Auffallend hohe Sterblichkeit

Vergleicht man die aufgeführten ungeeigneten und unzureichenden Mutter-Kind-Beziehungen, so fällt auf, daß bei allen Störungen etwas mit der affektiven Zufuhr nicht in Ordnung ist. Während bei den einen Störungen der Liebesentzug der ätiologische Faktor ist, ist es bei anderen eine Übersättigung, eine Überdosis an affektiver Stimulierung. (Spitz, 1976, 91) Spitz weist darauf hin, daß die auffälligsten Formen mütterlichen Liebesentzugs seltener geworden sind, und daß das " Zuviel ", die emotionale Überforderung, zunehmend eine Rolle spielt.

Deshalb soll auf diesen Faktor näher eingegangen werden. Die Ursachen dieser emotionalen Überforderung beschreibt Spitz, 1976, 91, folgendermaßen: " Einem Beispiel dafür begegnen wir im undisziplinierten Verhalten der Eltern, das nicht wie eine echte Objektbeziehung aussieht, sondern auf den eigenen ungelösten Problemen der Eltern, wie verdrängter Aggression, Schuldgefühlen, narzißtischen Bedürfnissen etc. beruht."

Die Folgen der Reizüberlastung konnten in zahlreichen Experimenten mit Tieren nachgewiesen werden. Spitz, 1976, 92, beschreibt eine experimentelle Untersuchung von Calhoun. Dieser beobachtete die Folgen einer stark vergrößerten Bevölkerungsdichte bei Ratten und stieß auf folgende Erscheinungen:

A) Verhaltensweisen der Männchen lassen sich in drei Kategorien teilen:

1. autistisch zurückgezogen, paarten sich nicht mit Weibchen,
2. Rudelbildung, verfolgten Weibchen, abwegiges sexuelles und aggressives Verhalten,
3. relativ normale Männchen, errichteten Harem am Rande des Geheges, sammelten Weibchen um sich, die Junge warfen.

B) Weibchen:

1. Haremsweibchen zogen ihre Jungen fast normal auf,
2. die anderen bauten keine Nester, trugen die Frucht nicht aus oder säugten die Jungen nicht. In Gefahrensituationen begannen sie ihre Jungen wegzuschleppen, ließen sie aber unterwegs fallen und vergaßen sie. Bei vielen Männern trat Kannibalismus auf, einige Ratten entwickelten homosexuelle Verhaltensweisen, andere kämpften und bisßen dauernd.

Eine besonders auffallende Folge der vergrößerten Bevölkerungsdichte war, daß in Calhouns erster Rattenserie die Jungen zu 96 % umkamen. Diese Untersuchungsergebnisse interpretiert Spitz, 1976, 94 - 114, folgendermaßen: " In den Kolonien, in denen die Bevölkerungsdichte das Doppelte des Normalen betrug, waren die Ratten durch die Bewegungshäufigkeit der einzelnen Tiere mindestens doppelt so vielen Wahrnehmungs- und affektiven Reizen ausgesetzt, als in der Freiheit. Es ist wahrscheinlich, daß die Zahl der Begegnungen mit der wachsenden Zahl der Tiere exponentiell wächst und eine schwere Überlastung durch aktionsauslösende Reize verursacht. Die Überlastung des reaktiven Systems führt zu fieberhafter Aktivität oder zu pathologischem

Rückzug. Zwischen diesen Extremen gab es eine Reihe von Übergangsformen und Verhaltensstörungen. Spitz sieht diese Verhaltensstörungen auf Grund der Verdichtung der Population als Folge eines gestörten Dialogs (Dialog als averbale Interaktion der Ratten und wechselseitiges Stimulieren und Reagieren bei sozialen oder sexuellen Begegnungen).

" Ich behaupte nun, daß in dieser Situation der stochastische Verlauf des Dialogs zwischen den einzelnen Ratten versagte und der Dialog zum Pseudo-Dialog wurde, zu einem Austausch sinnloser Akte und falscher Reaktionen. Wegen der stark vergrößerten Bevölkerungsdichte und der dadurch bedingten enormen Multiplikation von Kontakten pro Zeiteinheit können nur wenige Reaktionen ihren natürlichen Ablauf bis zur völligen Erledigung nehmen. Es kommt zur Desorientierung, die zu Gleichgewichtsstörungen führt, einem wachsenden Chaos der psychischen, sozialen und sexuellen Aktionszyklen, d.h. der gesamten Anpassung der Tiere."

Auf Grund des Zeignark-Effekts, Freuds toxikologischem Modell (bei diesem Erklärungsversuch wird angenommen, daß die regelmäßige Unterbrechung des Geschlechtsverkehrs vor dem Vollzug ein Anwachsen der Spannung und eine Aufstauung der Libido bewirkt, was zu schweren psychischen Störungen führt) und den Traumfunktions- und Traumentzugsexperimenten schlägt Spitz, 1976, 99, folgende Neuformulierung von Freuds toxikologischem Modell vor:

" Verhaltensweisen bestehen aus der antizipatorischen, der appetitiven und der konsumatorischen Phase, wir sprechen von Aktionszyklen. Die Unterbrechung von Aktionszyklen vor der Konsumation ruft verschiedene Formen von Unlust hervor, von denen eine Angst ist. Wir bezeichnen diese Unlust häufig auch als Frustrierung. Die dauernde Unterbrechung von Aktionszyklen hinterläßt einen sich anhäufenden Rückstand in der Psyche. Hier beginnt ein Circulus vitiosus, denn das Bedürfnis, die Konflikte mittels normal vollzogener Funktion zu kompensieren, schafft immer mehr nichtkonsumierbare Aktionszyklen. Diese häufen sich, führen zu Desorganisierung und zum Zusammenbruch der Kompensationsversuche. Spitz spricht von einer Entgleisung des Dialogs. Auf diese Entgleisung reagieren Mensch und Tier mit Störungen, die von zunehmender Beanspruchung der Aufmerksamkeit bis zu Frustration und letztlich Angst reichen. " Die Angst entsteht wegen der allgemeinen Folgen der wiederholten Frustrierung des konsumatorischen Aktes." (Spitz, 1976, 100)

Spitz weist darauf hin, daß die Folgen der Überbevölkerung in Rattenkolonien viele Parallelen mit der großstädtischen Überbevölkerung hat. Im Gegensatz zum Tier ist der Mensch fähig, Probleme der Kommunikation zu bewältigen, nachdem er ein Ich und damit die Fähigkeit entwickelt hat, in neuen Situationen zu lernen und Mittel zu er-

finden, sie zu bestehen. Das Ich entwickelt, organisiert und modifiziert sich durch den Austausch im Rahmen der Mutter-Kind-Beziehung. Spitz nimmt deshalb an, daß ein Zusammenbruch der Kommunikation in der Frühkindheit, vor der Bildung eines Ichs, für den Menschen besonders große Gefahren birgt. Nach Spitz beginnt diese Ich-Strukturierung nach Durchlaufen einiger Vorphasen um den 8. Lebensmonat und erreicht ihre erste Stufe mit 18 Monaten. Die Fähigkeit des Ichs, schädigende Umwelterfahrungen zu verarbeiten, wächst mit zunehmendem Alter, hat aber zu jeder Zeit ihre Grenzen. Mütter, die keine gute Einfühlung haben, die affektiv gestört, narzißtisch und unsicher sind oder die auf Grund der Bevölkerungsdichte selbst durch Reizüberlastung verwirrt sind, können das Verhalten der Kinder nur im Hinblick auf ihre eigenen Bedürfnisse, Mängel, Verwirrung und Schuldgefühle auslegen. Die Kommunikation solcher Mütter mit ihren Kindern wird zum sinnlosen Dialog. Spitz, 1976, 112: " Wenn der Dialog in der Frühkindlichkeit zusammenbricht, wird die Ich-Bildung gehemmt, die Ich-Funktionen entarten und verkümmern. Ein solches Ich wird, wenn es überhaupt am Leben bleibt, starke Mißbildungen aufweisen und niemals die Fähigkeit erreichen, sich zu einem gut integrierten Partner in irgendeiner Art von Dialog zu entwickeln." Neben der Theorie von Spitz über die Ätiologie psychotoxischer Störungen im Säuglingsalter, möchte ich den Kerngedanken der Symbiose-theorie der kindlichen Psychose von Mahler darstellen. Ähnlich wie Spitz betont Mahler die Abhängigkeit der Ich-Bildung des Kindes von seiner Beziehung zur Mutter. Mahler, 1972, 38: " Die Kernstörungen bei der kindlichen Psychose ist eine Differenz oder ein Defekt in der Nutzbarmachung des mütterlichen Partners durch das Kind während der symbiotischen Phase und seine daraus folgende Unfähigkeit, die Repräsentanz des mütterlichen Objekts zum Zwecke der Polarisierung zu verinnerlichen. Der Kern der kindlichen Psychose liegt in einer fehlerhaften oder mangelnden Individuation." Bei der Geburt existiert nach Mahler sowie nach Spitz nur ein rudimentäres und differenziertes Ich, das sich durch die psychobiologische Beziehung zwischen der pflegenden Mutter und dem Säugling vervollständigt. Mahler, 1972, 41: " Das Hauptmerkmal der Kindheitspsychose besteht darin, daß die symbiotische Beziehung gestört ist oder fehlt und deshalb die darauf folgende Individuation nicht erfolgen kann. Die Individuation setzt Strukturierung des Ichs und Neutralisierung der Triebe voraus. Dazu gehören zwei Vorbedingungen:

- 1.) Die enterozeptiv-propriozeptiven Stimuli dürfen nicht so überwältigend sein, daß sie eine Strukturbildung verhindern,

- 2.) Infolge Fehlens eines inneren Organisators beim menschlichen Säugling muß der symbiotische Partner in der Lage sein, als Puffer gegen innere und äußere Reize zu dienen, indem er sie für den Säugling ordnet.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, bleibt das Ich rudimentär. Mahler, 1972, 69: " Psychotische Objektbezeichnungen und psychotische Abwehr sind nichts anderes als Restitutionsversuche eines rudimentären Ichs zum Zwecke des Überlebens. Kein Organismus kann in einem Vakuum leben und kein menschliches Wesen vermag in einem vollkommen objektlosen Zustand zu existieren. Die primitivste Orientierung und Daseinsbewältigung muß vom mütterlichen Partner gefördert und unterstützt werden."

Neben den gestörten Mutter-Kind-Beziehungen wird von vielen Autoren die Trennung zwischen Mutter und Kind als negativer Einfluß für die frühkindliche Entwicklung betrachtet. Der Begriff der Trennung umfaßt zahlreiche Arten und Situationen.

Langmeier, 1977, 17, unterscheidet die Isolation von der Separation. Als Separation bezeichnet er eine Situation, bei der es zur Unterbrechung schon existierender spezifischer Beziehungen zwischen dem Kinde und seiner sozialen Umgebung kommt, und als Isolation diejenigen Situationen von Absonderung, in denen sich noch keine spezifische Mutter-Kind-Beziehung oder vergleichbare Beziehung zu anderen Personen hatte entwickeln können. Beim totalen Entzug menschlichen Kontakts auf lange Dauer kann angenommen werden, daß sich die grundlegenden psychischen Bedürfnisse, die von Anfang an nicht befriedigt wurden, nicht entwickeln und über eine nur einfache rudimentäre Stufe nicht hinausgehen werden. Als Beispiele schwerster sozialer Isolation nennt Langmeier, 1977, verwilderte Kinder (Kinder, die in der Wildnis mit Tieren aufwachsen, oder von der menschlichen Gesellschaft isoliert und von Menschen nur ernährt wurden wie Kaspar Hauser.)

Langmeier, 1977, 26: " Die totale Isolation von menschlicher Gemeinschaft ist sichtbar die schwerste Deprivationssituation. Ihre Folgen sind sehr schwer. Die geistige Entwicklung des Kindes ist stark zurückgeblieben, das Kind wirkt wie schwachsinnig. Rauber spricht von " dementia ex separatione ", Tredgold von " isolation amentia." Gewöhnlich bleiben schwere Störungen der Persönlichkeit zurück: Die Kinder fürchten sich vor Menschen, knüpfen unbeständige und nichtdifferenzierte Beziehungen an. Gefühlsäußerungen sind durch eine niedrige Frustrationstoleranz charakterisiert. Die aus Isolation resultierende psychische Deprivation ist durch mangelnde affektive und sensorische Zufuhr bedingt." Separation und Isolation umfassen zahlreiche Situationen. Die Trennungsreaktionen werden

von vielen Variablen wie Dauer der Trennung, Umstände, die zur Trennung führten, Häufigkeit der Trennung, Merkmale des Kindes zum Zeitpunkt der Trennung, Unterbringung der Kinder während der Trennung, Art der Betreuung des Kindes während der Trennung beeinflusst und von den verschiedenen Autoren unterschiedlich beurteilt.

Nach Lebovici, 1978, 308, wirkt sich die Trennung nur dann ungünstig auf das Kind aus, wenn es in ein Milieu versetzt wird, in dem die Interaktion mit einem Mutterersatz unzureichend ist, oder wenn die Trennungsphasen sich häufen.

Ähnlich schreibt Rutter, 1978, 39, daß sowohl die Trennung von der vertrauten Bezugsperson als auch eine fremde Umgebung auf Kinder angstausslösend wirken können, daß diese Angst aber dann besonders ausgeprägt ist, wenn beides gemeinsam auftritt. Rutter, 1978, 36, nennt u.a. folgende Faktoren, die die Verhaltensreaktionen des Kindes auf eine Trennung modifizieren: frühere Trennungserlebnisse, Dauer der Trennung und die Art der Umgebung. Es wird allgemein angenommen, daß Kinder nach einem Trennungserlebnis gewissermaßen sensibilisiert sind, so daß spätere Erfahrungen ähnlicher Art oft besonders traumatisch wirken. Die negativen Folgen scheinen umso größer zu sein, je länger die Trennung dauert. Über die Auswirkung der Art der neuen Umgebung wie Klinik oder Kinderheim auf das Kind schreibt Rutter, 1978, 45: " Es gibt zahlreiche Belege dafür, daß sich die Zuwendung, die einem Kleinkind selbst in Kliniken und Kinderheimen zuteil wird, sowohl quantitativ als auch qualitativ von der in der eigenen Familie erlebten Zuwendung unterscheidet." Rutter weist darauf hin, daß zahlreiche Untersuchungsergebnisse über Trennungen im Einklang mit der Hypothese sind, daß die Schlüsselvariable in der Entwurzelung der Gefühlsbindung besteht. In den Heimen, Krippen und Krankenhäusern ist es nicht möglich, über längere Zeit eine kontinuierliche und intensive Interaktion zu erleben. Nach Rutter, 1978, 49, geht aus vielen Untersuchungen hervor, daß nicht so sehr das Trennungserlebnis, sondern vielmehr die Reizdeprivation für die Retardationserscheinungen verantwortlich ist. Während das Syndrom Angst und Trauer nach Rutter, 1978, 52, vermutlich durch Deprivation im Bereich der Gefühlsbindung entsteht.

Lebovici, 1978, 313, beschreibt die negativen Auswirkungen wiederholter Trennungen: " Direkte Langzeituntersuchungen an Säuglingen haben deutlich gemacht, daß die Wiederholung mehr oder weniger kurzer Trennungen von der Mutter Auswirkungen hervorbringen, die jenen gleichwertig sind, die auf lang anhaltende und

schwerwiegende Mangelsituationen zurückgehen. Häufig pendelt sich folgender Zirkel ein: Das Kind wird zurückhaltender, fühlt sich abgewiesen, bei der Mutter entstehen Schuldgefühle, Veränderungen in der Zuwendung zeichnen sich ab. Es stellen sich immer mehr Trennungen ein, die Mutter ist zunehmend weniger besetzt. Weiter betont Lebovici, 1978, 314, daß das Kind da, wo nur eine Ortsveränderung oder ein Milieuwechsel stattfand, einen mehrfachen Abbruch von Bindungen durch mehrere Örtlichkeiten und Wechsel von Personal erleidet. Bowlby, 1976, 33, schreibt über die Auswirkungen der Trennung auf Grund einer Klinikeinweisung: " Je fremder die neue Umgebung und die Leute sind, je schmerzlicher die medizinische Prozedur, desto ängstlicher wird das Kind reagieren und desto mehr wird es gestört sein". Die Abwesenheit oder Anwesenheit der Mutter ist eine Schlüsselvariable zur Ermittlung der Auseinanderfolge von Protest, Verzweiflung, Ablösung. Besonders negativ wirkt sich eine Heimunterbringung auf den Säugling aus. Pfandler, Spitz, Schmalohr, Langmeier befassen sich mit der Situation von Heimkindern. Langmeier, 1977, 57: " Charakteristisch für alle bisher angeführten Studien ist die Betonung der Gefahr für die seelische Entwicklung von Heimkindern. Man zeigt, daß die Trennung von Mutter und Kind tragische Folgen haben kann, daß bei den geschädigten Kindern sehr schwere Störungen vorkommen, daß fast alle Kinder betroffen sind und daß die weitere Prognose auch nach Unterbringung in einem besseren Milieu fast hoffnungslos sei."

Langmeier, 1977, 63: " Vergleicht man die Entwicklung von Familienkindern mit Heimkindern, so zeigt sich fast immer eine gewisse intellektuelle und emotionale Retardiertheit auf seiten der Heimkinder." Langmeier, 1977, 66, führt folgende Studie an: " Damborska verfolgte viele Jahre die Entwicklung von Säuglingen in einem Säuglingsheim. Durch einen Paarvergleich von 36 Heimkindern mit 36 Familienkindern stellte sie fest, daß eine Retardierung der Heimkinder in Motorik und Vokalisation schon im zweiten Vierteljahr bemerkbar wird, dann deutlicher wird, wobei der physische Zustand der Heimkinder trotz häufigerer Erkrankungen der Luftwege größtenteils sehr günstig ist. Neben Emotionsstörungen fand Damborska, daß die Anpassungsfähigkeit der Heimkinder in unbekannten Situationen herabgesetzt ist. Auffällige Spannung, durch spärliches Lautgeben, Verschwinden von Lächeln, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, beschleunigtes Atmen, Weinen usw. gekennzeichnet, beobachtete sie bei Heimkindern dreimal ausgesprochen schwere Angstreaktionen, sogar siebenmal so oft wie bei Familienkindern."

Langmeier, 1977, 66, weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß Säuglinge, die in ihrer Familie aufwachsen, 75 % der Wachzeit Kontakt mit anderen haben, Heimkinder aber selten. Im Gegensatz zu Heimen bleibt bei Kinderkrippen eine Beziehung zum Elternhaus bestehen, unterliegt aber Belastungen. Die Erkrankungshäufigkeit von Kindern im ersten Lebensjahr im Elternhaus, in Tageskrippen und Säuglingsheimen zeigt folgende Tabelle:

Langmeier, 1977, 95:

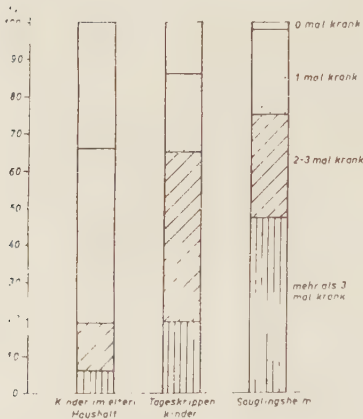


Abb. 6. Erkrankungshäufigkeit im ersten Lebensjahr bei 291 Säuglingen (B. R. Arlt, 1966).

Tab. 15: Erkrankungshäufigkeit bei Säuglingen im elterlichen Haushalt, in Tageskrippen und Heimen

Lebovici, 1978, 317, berichtet über eine Studie von David und Appel. Diese untersuchten die Faktoren des affektiven Entzugs in Kinderkrippen unter günstigen Bedingungen (hervorragende Krippe, gut ausgebildetes Personal, Kinder aus zufriedenstellenden familiärem Milieu) und beobachteten:

- a) daß eine hohe Zahl von Personen mit dem Kind in Berührung kam (in 2 1/2 Monaten 25).
- b) daß der Säugling auf Grund unzureichender Stimulierung und des Fehlens von Reaktionen auf seine Signale leblose Objekte oder seinen eigenen Körper mit Bedeutung und Lust besetzt auf Kosten des Interesses am menschlichen Partner,
- c) daß sich die sozialen Kontakte ausschließlich auf die Betreuungssituationen beschränken.

Auch Langmeier, 1977, 102, beschreibt ähnlich wie Spitz, daß nach Heimwehreaktionen ein Kind häufig in Apathie und Hoffnungslosigkeit, Bewegungsarmut und Schlaflosigkeit verfällt. Später dystrophisiert es, ist anfällig gegen Infektionen - " das Leben erlischt in einer stumpfen Leere."

Langmeier, 1977, 101, verweist in diesem Zusammenhang auf die Untersuchung von Klaus/Kennel/Bakwins, die als Trennungsreaktionen eines jüngeren Säuglings ähnliche Trennungsreaktionen beschrieben: Apathie, Abmagern, Blässe, relative Bewegungsarmut, Fehlen des altersmäßigen Schwätzeln, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit, häufiger Stuhlgang und Neigung zu febrilen Episoden.

8.3.4. Auswirkungen auf den Säugling

Dieselben negativen Entwicklungsbedingungen wirken sich auf Kinder unterschiedlich aus. Deshalb sollen verschiedene Merkmale und Verhaltensweisen von Säuglingen dargestellt werden, die dessen Reaktionen auf negative Einflüsse modifizieren. Diese Merkmale und Verhaltensweisen sind einerseits genetisch bedingt, andererseits bedingt durch familiäre und phasenspezifische Einflüsse, die wiederum in zahlreichen Wechselwirkungen stehen. (Mussen, Maticek)

Außerdem können ungünstige Merkmale und Verhaltensweisen selbst Ursache von anderen negativen Einflüssen sein. Viele Autoren weisen darauf hin, daß z.B. Kinder, die viel schreien, schwer zu füttern sind und auf elterliche Versuche der Beruhigung schlecht ansprechen, bei Eltern problematische Formen des Steuerungsverhaltens und Gefühle der Ohnmacht und des Ärgers auslösen (Sameroff). So leidet die Mutter-Kind-Beziehung, die Mutter zieht sich zurück, bzw. reagiert nur noch auf intensivste Äußerungen des kindlichen Unwohlseins.

Folgende Merkmale und Verhaltensweisen eines Säuglings können die Reaktionen des Säuglings auf die negativen Entwicklungsbedingungen oder eine Reaktion modifizieren: Alter, Geschlecht, konstitutionelle Unterschiede, somatische Störungen.

Alter: " Die bisherigen Erfahrungen bezeugen, daß das Kind im ersten Halbjahr seines Lebens besonders empfindlich auf einen Mangel sinnlicher und besonders emotioneller Reize reagiert." (Langmeier, 1977, 160)

Geschlecht: Viele Autoren fanden in ihrem Untersuchungsgut (Frühgeburten, Totgeburten, frühkindliche Störungen), daß Knaben überrepräsentiert sind. Rutter, 1978, 33: " Männliche Säuglinge reagieren auf Trennung und psychischen Streß empfindlicher als weibliche." Langmeier, 1977, 160: " In dem Klientel der Kinderpsychiatrie findet man dreimal so viele Knaben wie Mädchen. Auch die Angaben über Verhaltensstörungen, Hirnschädigungen, Mortalität und Morbidität zeigen eine höhere Verletzlichkeit bei Jungen." Auch Kindesmißhandlungen kommen bei Knaben häufiger vor. Ein größeres Vorkommen von p.K. bei Knaben fanden viele Autoren in ihrem Untersuchungsgut.

Konstitutionelle Unterschiede: Langmeier, 1977, 165: " Die kleinen Säuglinge unterscheiden sich von Anfang an auch durch ihre sensorische Schwelle. Sehr sensitive Kinder, die sich noch keine wirksame Barriere gegen übermäßige Stimulation geschaffen haben, werden oft durch verschiedenste Impulse überfordert und neigen zu verschiedenen " psychosomatischen Krisen ", wie auch zu intensiven Angsterlebnissen. Im Gegensatz dazu leiden Kinder mit hoher Reiz-

schwelle an einem Mangel an Stimulation und die Folgen mütterlicher Vernachlässigung pflegen sich bei ihnen stärker auszuwirken. Die Kinder bringen es nicht fertig, sich selbst ausreichende Stimulation zu verschaffen und sind darauf angewiesen, daß sie jemand häufiger in die Arme nimmt. Auch in der Neigung zum Lächeln, Weinen, zum Erschrecken, bestehen von Anfang an wesentliche Unterschiede."

Langmeier, 1977, 168, beobachtete im Heimmilieu einerseits auffallend ruhige, gehemmte Kinder und andererseits hyperaktive, reizbare, unruhige Kinder. Er beschreibt, daß die hypoaktiven, sozial passiven, gehemmten Kinder übermäßige Pflege erfordern, nur wenig Befriedigung geben und von den Schwestern oft weiterhin vernachlässigt werden. Auch die Kinder mit provokativem sozialen Verhalten sind den Schwestern unangenehm, sie stören die Arbeit und erzwingen die Aufmerksamkeit und ernten wenig Sympathie. Rutter, 1978, 34, weist darauf hin, daß Kinder, die in Bezug auf Erwachsene und andere Kinder als kontaktarm, gehemmt, kommunikationsunfähig und aggressiv geschildert werden, unter der Einweisung ins Krankenhaus am stärksten litten.

Bowlby, 1976, 239, nennt folgende zwei Faktoren, die die Empfindlichkeit eines Kindes beeinflussen. Die Erfahrung, die beim Kind dazu geführt hat, von nun an diese Situationen besonders zu meiden und sich zurückzuziehen und die Unsicherheit in Bezug auf die Verfügbarkeit ihrer Bindungsfigur. Eine besonders erschreckende Erfahrung führt dazu, in dieser Situation mit mehr Furcht zu reagieren, während Unsicherheit in Bezug auf die Verfügbarkeit der Bindungsfiguren die Neigung erhöht, auf viele Situationen mit Furcht zu reagieren, daß die Person unter " freischwebender Angst " leidet."

Rutter, 1978, 36, nimmt an, daß Kinder nach einem Trennungserlebnis sensibilisiert sind, so daß spätere Erfahrungen ähnlicher Art oft besonders traumatisch wirken.

Somatische Störungen: Langmeier, 1977, 172: " Ein und dieselben Deprivationsbedingungen wirken unterschiedlich auf " normale " Kinder und auf Kinder, die von irgendeinem organischen oder psychischen Leiden betroffen sind. Wenn ein sensorischer oder motorischer Schaden das Kind hindert, seine psychischen Grundbedürfnisse auf dem normalen Weg zu befriedigen, so ist es gezwungen, sein Streben entweder völlig aufzugeben, oder sich mit einer nur teilweisen Befriedigung zufriedenzugeben oder Ersatzwege der Befriedigung zu suchen. Die Gefahr einer Deprivation liegt also schon in der Natur des Schadens selbst und das Kind bringt sie mit in sein Lebensmilieu."

Langmeier, 1977, 179, verweist besonders auf die Empfindlichkeit hirngeschädigter Kinder: " Die Lebenssituation des hirngeschädigten Kindes bringt verschiedene Konfliktmöglichkeiten mit sich, die in ge-

wissen kritischen Phasen besonders gehäuft auftreten. Diese auffälligen, sich oft dramatisch entwickelnden Konflikte überlagern die viel unauffälligere, jedoch nicht weniger wichtige und gefährliche Tatsache, daß das Kind selbst auf Grund seines Defektes andauernd psychischem Leiden ausgesetzt ist, wobei die für frühkindliche Hirnschäden spezifischen Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen in diesem Fall zu Vorbedingungen der Deprivation werden. Sie bewirken auch, daß das betroffene Kind auch unter normalen Lebensbedingungen nur einen Teil der Reize aus seiner Umwelt aufnimmt, so daß es die Umgebung im gewissen Maße anders, d.h. ärmer als das normale Kind aufnimmt. Durch ihr lästiges Verhalten (Unruhe, Impulsivität, Reizbarkeit) rufen hirngeschädigte Kinder leicht ungünstige, ablehnende Einstellungen ihrer Erzieher hervor und tragen selbst zur Entstehung ihrer deprivierenden Lebenssituationen bei." Auf Grund seiner Erfahrungen behauptet Langmeier, 1977, 182," daß manche Kinder mit leichten frühkindlichen Hirnschäden nicht auffällig geworden wären, wenn nicht ein Deprivationserlebnis hinzugekommen wäre, und umgekehrt, daß eine Deprivationssituation leichten Grades, welche ein gesundes Kind ohne besondere Schwierigkeiten überstehen könnte, für ein enzephalopathisches Kind schon eine beträchtliche Belastung bedeutet."

Jeffrey und Cunningham kommen auf Grund ihrer Forschung zu der Überzeugung, daß ein geistig retardiertes Kind an " maskierter Deprivation " leiden kann, auch wenn es in einer guten Familie lebt und zwar aus folgenden Gründen (zit. nach Langmeier, 1977, 183):

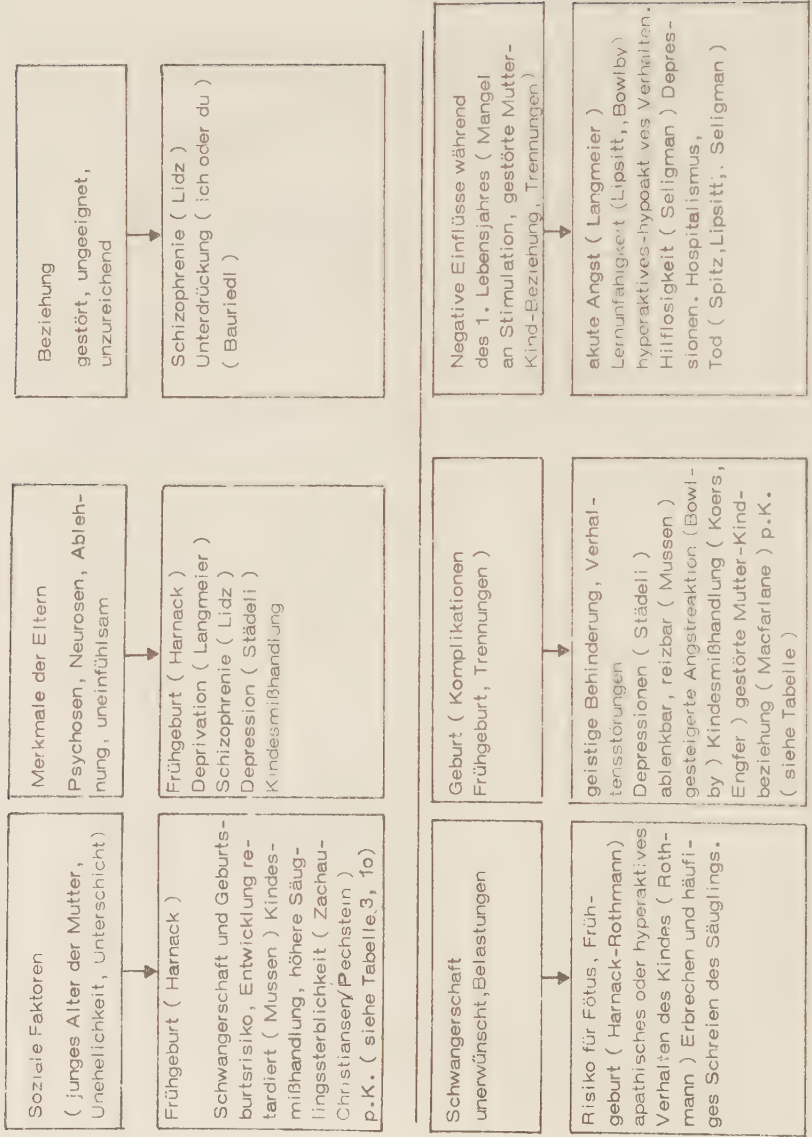
- a) Ein retardiertes Kind ist verhältnismäßig wenig befähigt von sich aus soziale Interaktionen herzustellen und das Niveau seiner eigenen Stimulation selbst zu regulieren.
- b) Die Eltern erhalten weniger positive Feedbacks und können eine negative Einstellung zum Kind bekommen.
- c) Ein subnormales Kind ist schlechter in der Lage, in einer weniger strukturierten Umwelt zu lernen.
- d) All diese Umstände führen bei den Eltern zum Verlust von Selbstvertrauen, wodurch die Wirksamkeit ihrer erzieherischen Arbeit eingeschränkt wird.

Nach Engfer können folgende Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings eine gestörte Kommunikation und Interaktion zwischen Mutter und Kind bedingen:

- a) Die vom Kind gesendeten Signale kindlicher Bedürfnisse sind schwach und verschwommen, z.B. auf Grund von Behinderungen.

- b) Die Mutter kann - vor allem wenn sie wenig einfühlsam oder im Umgang mit Kleinkindern unerfahren ist - die Bedürfnisse des Kindes nicht richtig erfassen.
- c) Die Beziehung kann durch die mangelnde Passung zwischen elterlichen Erwartungen und kindlichem Verhalten gestört werden.
- d) Die Mutter-Kind-Beziehung bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, minimalen Hirnschäden und bei Frühgeburten steht von Anfang an unter besonderen Belastungen. Unter Kindern, die mißhandelt werden, ist diese Gruppe der " Problemkinder " überproportional häufig vertreten.
- e) Auch Trennungen zwischen Mutter und Kind, die durch perinatale Komplikationen erforderlich sind, kann ein zusätzlicher Faktor der Ablehnung sein.

Die Auswirkungen der genannten negativen Entwicklungsbedingungen auf den Säugling wurden teilweise beschrieben. In folgender Übersicht werden die negativen Entwicklungsbedingungen und deren Auswirkungen dargestellt.



Tab. 16: Negative Entwicklungsbedingungen und ihre Auswirkungen

Zusammenfassende Bemerkung

Neben zahlreichen medizinischen prä-, peri- und postnatalen Risikofaktoren werden die Ursachen von somatischen und Verhaltensstörungen im Säuglingsalter in einer ungünstigen familiären Situation gesehen. Die prä-, peri- und postnatalen Schäden korrelieren wiederum mit sozioökologischen und psychischen Faktoren. Neben den genannten medizinischen Einflüssen, die sich negativ auf den Säugling auswirken können, wird aus psychologischer Sicht vorwiegend die Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt als ungünstiger Einfluß gesehen, weil diese das Zustandekommen einer geeigneten Beziehung zwischen Mutter und Kind stören kann. Vor allem die Summation verschiedener negativer Einflüsse während der Schwangerschaft und der Geburt werden im Zusammenhang mit folgenden kindlichen Störungen diskutiert: geistige Behinderung, Verhaltensstörungen, Depressionen, Kindsmißhandlungen, gesteigerte Angstreaktionen, Verhaltensauffälligkeiten (ablenkbar, reizbar, häufiges Schreien).

Als negative Einflüsse während des ersten Lebensjahres werden Mangel an Stimulation, Mangel an Gelegenheit für wirksames Lernen und Mangel an einer geeigneten, zureichenden Beziehung zwischen Mutter und Kind genannt. Arten der ungeeigneten und unzureichenden Mutter-Kind-Beziehungen und ihre möglichen Folgen werden dargestellt. Als weiterer negativer Einfluß auf die Entwicklung eines Säuglings werden Trennungssituationen beschrieben.

Als Auswirkungen dieser negativen Einflüsse werden folgende Reaktionen des Säuglings beschrieben: im somatischen Bereich: Erbrechen, Dreimonatskolik, Dermatitis, größere Anfälligkeit für Krankheiten, Koma, Marasmus, im psychologischen Bereich: Angst, erhöhte Emotionalität, intellektuelle Retardiertheit, mangelnde Lernfähigkeit, Depression, Hilflosigkeit.

Reaktionen, wie Depressionen und Hilflosigkeit, die unter Umständen dazu führen, daß ein Säugling auf familienbedingte Belastungen oder pathogene Umwelteinflüsse inadäquat reagiert und dadurch verwundbarer ist, sollen im nächsten Kapitel näher dargestellt werden.

8.3.5. Reaktionen des Säuglings, die zum Tod führen können

Spitz stellte die Behauptung auf, daß die anaklitische Depression und der Hospitalismus (Reaktionen von Kindern auf Trennung von der Mutter) zeigen, daß das durch Liebesentzug bedingte Fehlen von Objektbeziehungen die gesamte Entwicklung auf allen Gebieten der Persönlichkeit zum Stillstand bringt und zum Tod führen können. Spitz, 1973, 115: " Die Katamnese beider Störungen zeigt, daß bei Fehlen der Objektbeziehung die Entladung aggressiver Strebungen unmöglich gemacht wird und der Säugling die Aggression dann gegen sich selbst als das einzige ihm verbleibende Objekt richtet. Der Säugling wird unfähig zur Assimilierung der Nahrung, Schlafstörungen treten auf. Der Verfall schreitet in unerbittlicher Weise fort und führt schließlich zum Marasmus und Tod." Spitz, 1973, 114, beobachtete dieses Phänomen in einem Findelhaus, in dem 91 Kinder untergebracht waren. Da nur eine Schwester 8-12 Säuglinge versorgte, mußten diese Kinder psychisch verhungern. Nach der Trennung von ihren Müttern (gewöhnlich nach den ersten 3 bis 6 Lebensmonaten), bekamen die Säuglinge eine anaklitische Depression. Spitz benutzte den Terminus auf Grund der Ähnlichkeit, die er zwischen diesem klinischen Bild und dem der Depressionen beim Erwachsenen konstatierte.

Zur Abgrenzung der Depressionen bei Erwachsenen und der anaklitischen Depression schreibt Spitz, 1976, 286: " Im Hinblick auf Struktur und Dynamik sind jedoch die Depressionen beim Erwachsenen und beim Kleinkind nicht zu vergleichen. Die Dynamik der Depression beim Erwachsenen gründet sich auf das Vorhandensein eines sadistisch-grausamen Über-Ichs, unterdessen unbarmherziger Verfolgung das Ich zusammenbricht."

Im Kleinkind sind nicht einmal die Vorläufer des Über-Ichs vorhanden. Die Symptomatik und die Ätiologie (Verlust des Liebesobjekts) sind ähnlich, doch der unvollständige psychische Apparat eines Kleinkindes ist nicht mit dem eines Erwachsenen zu vergleichen." Spitz beschreibt das allgemeine Fortschreiten des Syndroms (nach der Trennung von der Mutter) folgendermaßen. Spitz, 1976, 282: " Die Kinder werden weinerlich, später kommt es zu Gewichtsverlusten. Der Entwicklungsquotient steigt nicht. Dann verweigern die Kinder den Kontakt und zeigen folgende Symptome: Schlaflosigkeit, Gewichtsverluste, Anfälligkeit für Erkrankungen, motorische Verlangsamung, starrer Gesichtsausdruck. Nach drei Monaten zeigt sich ein neues klinisches Bild: die Verlangsamung der Motorik, die Kinder werden passiv, der Gesichtsausdruck wird leer, oft schwachsinig, es zeigt sich ein starkes Absinken des Entwicklungsquotienten. Der zunehmende Verfall und die gesteigerte Infektionsanfälligkeit dieser Kinder

führen zu einem hohen Prozentsatz zu Marasmus und Todesfällen. Spitz nannte die Abfolge der oben genannten Symptome Hospitalismus. Spitz stellte die Behauptung auf, daß die Abfolge dieser Symptome parallel läuft mit der Abfolge von Symptomen, die Selye als Folgen einer länger andauernden Beanspruchung durch Streß beschrieben hat. Spitz erklärt das Phänomen der anaklitischen Depressionen und des Hospitalismus folgendermaßen. Spitz, 1976, 306: " Die Katamnese der beiden Leiden macht deutlich, daß wenn der Mangel an Objektbeziehungen die Abfuhr aggressiver Triebe unmöglich macht, der Säugling die Aggression gegen sich selbst richtet. Wir haben die Hypothese vorgebracht, daß eine Entmischung der beiden Triebe stattfindet, und daß die von den libidinösen Trieben abgespaltene Aggression auf das der affektiven Zufuhr beraubte Kind gerichtet wird und die Schädigung herbeiführt. Der Säugling kehrt zum primären Narzißmus zurück." Gegenwärtig stimmt man in der Annahme überein, daß unter den heutigen Bedingungen der Hospitalisierung oder Unterbringung von Kindern, die schwersten Bilder von Hospitalismus nur dann auftreten können, wenn ein Kind bereits an einer Störung leidet, die es unfähig macht, Beziehungen aufzunehmen - einer Störung, die Folge einer Enzephalopathie oder einer frühen psychotischen Struktur ist." (zit. nach Lebovici, 1979, 308). Racamier versucht nach einer zusammenfassenden Analyse des Hospitalismus einige Gesetze herauszuarbeiten:

- a) Es ist bedeutsam auszumachen, ob der Frustrationszustand vor oder nach dem Alter von ungefähr 6 Monaten eintritt, das den Aufbau von wirklichen Objektbeziehungen beim Kind und das Auftreten der Angst kennzeichnet.
- b) Die Empfindlichkeit des Säuglings für frühe Frustration ist umso größer, je niedriger das angeborene Niveau der vegetativ-triebhaften Integration liegt.
- c) Es gibt einen Grad, unter den die Beziehungen zwischen Mutter und Kind während des ersten Lebensjahres nicht sinken dürfen, ohne daß das Kind nicht rückgängigzumachende Schäden erleidet.
- d) Auswirkungen der Frustration und Mangelercheinungen sind umso deutlicher ablesbar, je früher sie eintreten,
- e) Spitz legt das Auftreten des Hospitalismus auf das Alter von 5 Monaten fest,
- f) Die einzige vorbeugende Behandlungsart für das Syndrom früher Frustration ist die mütterliche Betreuung.
- g) Über einen bestimmten Zeitraum hinaus bewirkt die frühe Trennung von der Mutter nicht rückgängigzumachende Schäden.

Bibring, Joffe, Sandler und Schmale, sowie Anthony und Engel konzentrieren ihre Beobachtungen auf die Depression im Kindesalter.

Ihren Theorien liegen folgende Erklärungsansätze zugrunde (Anthony, 1975, 240).

Bibring hält die Depression für eine mögliche Reaktion auf Frustrationen und Notlagen, wenn der Mensch hilflos gegenüber überwältigenden Eindrücken ist. Depressive Kinder kapitulieren in unangenehmen und schmerzverursachenden Situationen wie chronischem Unbehagen, ungestilltem Hunger und Frustrationen und reagieren mit Hilflosigkeit. Bibring, Joffe, Sandler, Engel und Schmale konzentrieren ihre Beobachtungen auf diese Hilflosigkeit. Bibring sieht dies als einen narzißtischen Schock, Joffe und Sandler als schmerzhaftes Kapitulation, während Engel und Schmale dies als Rückzug sehen. Dieser anhaltende Rückzug ist ein universeller Mechanismus, der zur Unbeweglichkeit, Ruhe und mangelnder Reaktionsbereitschaft führt. Somatisch erfährt das Individuum Schwäche, Müdigkeit, Mattigkeit und Energieverlust. Psychisch fühlt es sich am Boden zerstört, hoffnungslos, entmutigt und hilflos. Wenn mütterliches Verhalten ungenügend ist, leidet die Selbsteinschätzung des Kindes und es wird anfälliger für depressive Stimmungen. Wenn diese Tendenz schon beim Säugling beginnt, wird sein Verhalten unsicher und er reagiert auf jeden Trennungshinweis mit Trauer. Die Welt verliert ihre Werte in dem Maße, wie die Person das Interesse an ihr verliert. Das Kind scheint wenig Selbstgefühl zu haben, wirkt wenig lebendig, wenig aufnahmebereit und kontaktarm.

Engel untersuchte, ob es eine biochemische Determinante für die individuelle Anfälligkeit für Depressionen gibt. (Anthony, 1975, 245). Er beobachtete, daß einige Babies auf Frustration mit Hemmungen und dann mit Depressionen reagieren, während andere ängstlich werden. Später werden die Unterschiede deutlicher, einige reagieren auf Frustration mit Wut, Protest, andere werden depressiv und hilflos. Es ist schwierig festzustellen, ob diese Unterschiede konstitutionell bedingt sind, von der Mutter-Kind-Beziehung abhängen, von der frustrierenden Situation, oder, wie Bowlby annimmt, Folgen von Trennung und Verlust sind. Es gibt eine sensible Periode, während der das Kind dringend Schutz braucht. Wenn dieser Schutz ungenügend ist, kann es zu exzessivem Rückzug und einer Hemmung kommen.

Ribble beschrieb Kinder mit einer inadäquaten Mutter-Kind-Beziehung, die verlängerte Schlafperioden entwickelten und sich bei allen Frustrationen zurückzogen.

Engel interpretiert dieses Verhalten als energiebewahrend, bis das Kind die Barriere gegen Stimulation erhöht und seine Aktivität reduziert, wie ein Tier im Winterschlaf.

Heid beschrieb eine Gruppe verwundbarer Kinder, die von Lebensbeginn an eine schwache physische Konstitution, ein schlecht funktionierendes autonomes System, wenig Energie, kaum Interesse, geringen Bewegungsdrang, wenig Neugier und wenig Vertrauen zeigten. Den genauen Vorgang, durch welchen das fröhliche, 8 Monate alte Kind eine anaklitische Depression bekommt, die charakterisiert ist durch Traurigkeit, Schwäche, Mangel an Kontakt, Zurückweisen der Umgebung, verzögerte Reaktion auf Reize, langsame Bewegungen, Appetitlosigkeit, Stupor, Gewichtsverlust und Schlaflosigkeit beschreiben nach Anthony, 1975, 218, weder Spitz noch Bowlby.

Benedek und Klein dagegen bieten nach Anthony eine umfangreiche Theorie der frühkindlichen Depression, die sie im Zusammenhang mit späteren Depressionen sehen. Benedeks Theorie ist lebensnah, entspricht mehr den Beobachtungen und ist psychobiologisch eher nachprüfbar. Nach Benedek wurzelt die Depression in transaktionalen Prozessen, die sich in der Mutter-Kind-Beziehung abspielen und ihre Grundlage in der Ernährungsphase haben.

Durch die Wiederholung von Hunger und Sättigung wird die biologische Einheit Schritt für Schritt durch eine psychologische Einheit ersetzt. Mit mangelnder Bedürfnisbefriedigung entwickeln sich folgende Erscheinungen:

Beim Kind: plötzliche totale Regression, Projektion der Aggression auf das Objekt, das die Bedürfnisse nicht genügend befriedigt, Introjektion der aggressiven Impulse, durch die " böse " Mutter entsteht eine immer ungünstigere Lage, die zu einer depressiven Konstellation führt.

Bei der Mutter: Frustration ihrer Bedürfnisse, vom Kind etwas aufzunehmen, Regression in die orale Phase, Intensivierung ihrer Aggression gegen das Kind, Wiederaufleben der Erinnerung an ihre frühen Aggressionen und Abhängigkeit von ihrer eigenen " bösen " Mutter und damit wieder dem " bösen " Selbst.

Beim Kind: Intensivierung der belastenden Ambivalenz der depressiven Konstellation, die zur Prädisposition für eine spätere Psychopathologie führt, einschließlich Depression.

Anthony, 1975, 255, und Benedek teilen die depressive Symptomatik in primäre, sekundäre und tertiäre Manifestationen. Die Mischtypen dieser Manifestation variieren mit der Entwicklungsphase, den psychosozialen Umständen und der Schwierigkeit der Situation.

Primär offenbart sich die Depression in folgender Symptomatik: Ambivalenz, Gefühle von zunehmender Schwäche, abnehmender Energie, weniger Interesse an der Umwelt, Desillusion, Pessimismus, Apathie, Lustlosigkeit, Leere, Wertlosigkeit, geringes Selbstwertge-

fühl, Hilflosigkeit, verminderte Selbsteinschätzung, mangelnde libidinöse Besetzung des Selbst, die Aggression vermischt sich nicht genügend mit der Libido, daraus entsteht ein Mangel an adäquater neutralisierter Energie zur Ich-Entwicklung.

Sekundär zeigt sich die Depression als Reaktion auf die Abwehr und beinhaltet die Suche nach neuen Objekten, das Anklammern an Personen und zwanghafte Versuche, das Selbst und die Umgebung zu kontrollieren. Sie führt zur Selbstverleugnung, Selbsthaß, Selbstzweifel, Selbstaufopferung.

Tertiär ist die ganze Person betroffen und es findet eine fast völlige Regression statt und ein Rückzug von der Wirklichkeit.

Grundsätzlich kann man sagen, daß die primären Manifestationen schon im Säuglingsalter beobachtbar sind, daß primäre und sekundäre Manifestationen sich während der Kindheit offenbaren und daß alle Manifestationen bisweilen alleine oder zusammen im Erwachsenenalter beobachtbar sind. Die Symptomatik repräsentiert sich vom Biologischen zum Psychobiologischen, vom Psychosomatischen zum Psychodynamischen. Das Selbstwertgefühl ist der Kern von Bibrings Theorie und ihre Regulation ist deswegen ein kritischer Punkt im Leben des Depressiven. In der Kindheit sind Liebe und Selbstwertgefühl nicht weit voneinander entfernt. Fenichel behauptet, das kleine Kind verliert sein Selbstwertgefühl, wenn es die Liebe verliert und erreicht es wieder, wenn es die Liebe zurückgewinnt.

Cytryn, Mc Knew, Poznanski und Zrull entdecken ein erhöhtes Vorkommen von Depression bei Eltern depressiver Kinder. Ihre Depressionen dienten häufig als Schutz vor Wutausbrüchen. Diese Familien haben besonders Schwierigkeiten im Umgang mit Aggression und Feindseligkeit und das Kind wird unvermeidbar zum Sündenbock in diesem Vorgang. Es wird mehrfach traumatisiert, angefangen damit, daß es geschlagen, abgelehnt und vernachlässigt wird. Andere Charakteristika dieser Familien waren Furchtlosigkeit und das Schwanken zwischen Aggression und Depression.

Eisen untersuchte die depressiven Symptome von 50 Kindern und fand 3 typische Symptommuster (zit. nach Anthony, 1975, 266).

- 1.) Kind zieht sich zurück und fühlt sich leer und allein. Es ist nach einer angstvollen Schwangerschaft geboren, die Geburt ist schwierig und seine Mutter hat eine Depression nach der Geburt. Die infantile Phase verläuft problematisch. Die Familie ist verdeckt aggressiv.
- 2.) Kind ist hyperaktiv, aggressiv und destruktiv. Schwangerschaft und Geburt sind ebenfalls physisch und psychologisch für die Mutter traumatisch und das Säuglingsalter ist wieder schwierig. Die Familien gehen mit dem zentralen Problem der Aggression entweder mit aggressivem Verhalten oder mit über-

mäßiger Kontrolle oder Zurückhaltung um.

- 3.) Kind neigt zu psychosomatischen Störungen und ist passiv. Hier gibt es signifikante Trennungen in den ersten 2 Lebensjahren und das Kind wird ständig vom Verlust der Mutter bzw. deren Liebe bedroht und es unterdrückt seine Gefühle von Wut aus Furcht vor Bestrafung. Auch in diesen Familien werden Aggressionen unterdrückt.

Neben diesen psychoanalytischen Ansätzen soll das Erklärungsmodell von der erlernten Hilflosigkeit von Seligman dargestellt werden. Überzeugend beschreibt er wie diese Hilflosigkeit zum plötzlichen Tod führen kann.

Seligman, 1979, 42: " Wenn ein Tier oder ein Mensch mit einer Konsequenz konfrontiert wird, die unabhängig von seinen Reaktionen ist, lernt es, daß die Konsequenz von seinen Reaktionen unabhängig ist. Auf der Verhaltensebene wird dies die Initiative zu denjenigen Reaktionen, die Konsequenzen kontrollieren, verringern, kognitiv wird es eine Überzeugung in die Unwirksamkeit der eigenen Reaktionen hervorrufen und das Lernen erschweren, daß Reagieren zum Erfolg führt und emotional wird dies, traumatisierende Konsequenzen vorausgesetzt, zu stärkeren Ängsten führen, die von Depression gefolgt werden." Die Theorie der Hilflosigkeit formuliert Seligman, 1979, 52, zusammenfassend folgendermaßen: " Die Erwartung, daß eine Konsequenz von den eigenen willentlichen Reaktionen unabhängig ist, senkt die Motivation, diese Konsequenz kontrollieren zu wollen, interferiert mit der Fähigkeit zu lernen, daß die eigenen Reaktionen die Konsequenz tatsächlich kontrollieren, und - wenn die Konsequenz traumatisch ist - löst diese Erwartung so lange Furcht aus, wie das Individuum sich der Unkontrollierbarkeit der Konsequenz nicht sicher ist, danach führt sie zu Depression." Wie schnell ein Individuum von seiner eigenen Hilflosigkeit oder seinem Bewältigungsvermögen überzeugt ist, wird nach Seligman, 1970, 130, durch seine Erfahrung kontrollierbarer und unkontrollierbarer Ereignisse geformt. " Sind Reaktionen und Konsequenzen asynchron, und das Kind ist hilflos, so hört es auf, die Reaktion auszuführen und lernt, daß aktives Verhalten wirkungslos ist. Ein solcher Lernprozeß führt beim Kind zu mangelnder Motivation, zu willentlichen Reaktionen, einer negativen kognitiven Einstellung, Ängsten und Depression. Hilflosigkeit kann eine der hauptsächlichen Folgen vom Entzug der mütterlichen Sorge sein. Trennungen von der Mutter, Reizverarmung oder nichtreaktives mütterliches Verhalten tragen zum Lernen von Unkontrollierbarkeit und Hilflosigkeit bei. Auch Mütter, die ein unvermeidbares Trauma erleben, selbst wenn dies vor der Schwangerschaft liegt, können ihre Angst auf die nächste Generation übertragen." Seligman, 1979, 142: " Wir wissen nicht, wie

dies vor sich geht, aber es gibt zwei Wirkungsfaktoren:

- 1.) intrauterine Faktoren: ein unvermeidbarer Schock kann zu Krankheit oder Veränderungen der Geschlechtshormone führen.
- 2.) Erziehungsfaktoren: Mütter, die unvermeidbare Schocks erfahren haben, mögen unfähig oder überängstlich sein und ziehen ihren Nachwuchs schlecht auf."

Neben diesen ungünstigen Einflüssen durch die Mutter verweist Seligman, 1979, 151, auf folgende soziale Situationen, die Hilflosigkeit hervorrufen: " Extreme, erdrückende Armut ruft Hilflosigkeit hervor. Ein Kind, das in solcher Armut aufwächst, wird in beträchtlichem Ausmaß Unkontrollierbarkeit ausgesetzt." Weiter schreibt Seligman, 1979, 153: " Es ist banal, darauf hinzuweisen, daß Armut sich negativ auf Kinder auswirkt. Viele Aspekte von Armut tragen durch ihre Auswirkungen dazu bei Hilflosigkeit hervorzurufen. Armut bedeutet neben anderen Auswirkungen Unkontrollierbarkeit, die Hilflosigkeit verursacht und zu Depression, Passivität und Defätismus führt. Ein anderer, Unkontrollierbarkeit steigernder Faktor, der häufig mit Armut assoziiert wird, ist Überbevölkerung.

Roden stellte die Hypothese auf, daß Überbevölkerung ein Gefühl der Hilflosigkeit erzeugt, das den Wunsch oder die Fähigkeit des Kindes untergräbt, aktiv Entscheidungen zu fällen." (zit. nach Seligman, 1979, 154). Das Leben in überfüllten Wohnungen wirkt sich wie Depression bei Erwachsenen aus: Es setzt die kognitive Leistungsfähigkeit herab.

Zusammenfassende Bemerkung:

Es wurde auf die frühkindliche Depression als mögliche Reaktion auf Belastungssituationen hingewiesen. Diese Depression kann sich beim Säugling in zahlreichen Symptomen äußern: somatisch: in einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten und in psychosomatischen Störungen, psychisch: in einem hypoaktiven oder hyperaktiven Verhalten, Ängsten, Hilflosigkeit und mangelnder Lernfähigkeit. Diese Symptomatik kann dazu führen, daß der Säugling verwundbar ist, in Belastungssituationen hilflos ist und dadurch für den Tod " anfälliger " ist.

8.3.6. Tod durch Hilflosigkeit im Säuglingsalter

Seligman, 1979, 177 weist in diesem Zusammenhang auf das Phänomen der anaklitischen Depression oder des Hospitalismus hin. Wie im vorigen Kapitel erwähnt wurde, entsteht dieses Phänomen, wenn Kinder in Waisenhäusern aufwachsen, in denen sie nur ein Minimum an Umweltreizen ausgesetzt werden oder wenn sie im 6. bis 18. Lebensmonat von ihren Müttern getrennt werden. Seligman schreibt hierzu: " Was bedeuten der Mangel an Stimulation und die Trennung von der Mutter für ein Kind in einem Alter, in dem es instrumentelle Kontrolle entwickelt ? Hilflosigkeit. Wir sollten nicht mehr überrascht sein, eine erhöhte Anfälligkeit für den Tod als Konsequenz von Hilflosigkeit zu erkennen." Auf die Frage, was diesen Tod verursacht, gibt Seligman, 1979, 178, folgende Antwort: " Im letzten Stadium tritt eine ganze Skala körperlicher Reaktionen auf: Erkrankungen der Atemwege, Asthma, Lungenentzündung, Infektionen, Unterernährung. Das Fehlen psychologischer Einheitlichkeit sollte uns nicht blind machen für die Realität des Phänomens oder für seine regelmäßige, psychologische Ursache, die einzige Ursache, die wir beim derzeitigen Stand unseres Wissens spezifizieren können: Hilflosigkeit, die Wahrnehmung von Unkontrollierbarkeit." Dieser Tod durch Hilflosigkeit auf Grund von Trennung von der Mutter im Säuglingsalter wird schon 1268 in der mittelalterlichen Chronik des Salimbene von Parma erwähnt.

Schmalohr, 1975, 17: " In der mittelalterlichen Chronik des Salimbene von Parma aus dem Jahr 1268 wird erwähnt, daß Friedrich II. auf der Suche nach der Ursprache des Menschen folgendes Experiment durchführte: Er wählte eine Anzahl verwaister Neugeborener aus und befahl den Ammen, sie sollten den Kindern Milch geben, sie waschen, aber in keiner Weise mit ihnen schön tun und zu ihnen sprechen. Alle Kinder starben. Denn sie vermochten nicht zu leben ohne das Händepatschen und das fröhliche Gesichterschneiden und die Koseworte ihrer Ammen."

Die Folgen der Mutterentbehrung werden selten so drastisch beschrieben wie in dieser Chronik.

In diesem Zusammenhang weist Schmalohr, 1975, 24, darauf hin, daß die Sterblichkeit in Findelhäusern wegen unzureichender hygienischer Bedingungen und mangelnder Pflege bis zu 95 % war.

Pfaundler nannte 1909 die Muttertrennung als Ursache für die hohe Säuglingssterblichkeit. (Schmalohr, 1975, 25)

In dem folgenden Zitat kennzeichnet Pfaundler die typischen Phasen des chronischen Hospitalismus bei Säuglingen: (Hellbrügge, 135)

- " 1. Phase: Unruhe
- 2. Phase: Resignation

Die Säuglinge werden zwar ruhiger, doch nicht aus besserem Behagen, sondern weil sie die Fruchtlosigkeit ihrer Anstrengungen erkannt und angefangen haben, auf äußere Einflüsse aller Art weniger zu reagieren. Man findet diese Kinder öfter wach als schlafend. Rumpf und Glieder sind ziemlich regungslos.

3. Phase:

Verfall

Der Verfall drückt sich in außergewöhnlicher Blässe und Schläffheit aus. Von diesem Stadium an macht sich die schwerste Form des Hospitalismus bemerkbar, nämlich die völlige Widerstandslosigkeit gegen infektiöse Schäden."

Auch Hellbrügge, 117, betont, daß das eigentümliche Siechtum vieler Säuglinge und Kleinkinder in der Massenflege primär auf dem Mangel an Mutterliebe in der ersten Lebenszeit beruht.

Sadger, 1929, 423, nimmt an, daß der Mangel an Mutterliebe nicht nur eine Folge von Massenflege ist, sondern auch die Folge der bewußten oder unbewußten Ablehnung des Kindes von seiten der Mutter. Sadger, 1929, 423: " Immer mehr drängt sich mir die Überzeugung auf, daß alljährlich viele Säuglinge sterben, nicht weil sie unbedingt sterben müßten, sondern weil sie infolge mangelhafter Nahrungsaufnahme- und verwertung sich mählig und langsam sterben lassen. Sie wollen nicht leben und begehen Selbstmord, weil ihnen die aufopfernde Liebe einer Mutter mehr oder weniger abgeht. Denn die Säuglinge haben die Fähigkeit Liebe zu empfinden und deren Abwesenheit. Wenn dem Säugling dauernd Liebe versagt wird, dann lehrt die Erfahrung, daß er sich gar leicht passiv zum Sterben anschicken kann. Er läßt sich fallen, weil er den dauernden Mangel an Liebe nicht erträgt. Zu beachten ist, daß nicht selten die Mutter auf den Tod ihres Kindes bewußt oder unbewußt hinarbeitet. Da wäre zunächst der Fall zu nennen, daß dieses ungewollt empfangen wurde. Oft produziert eine solche Mutter wider Willen auch zu wenig Milch. Ein Kind, das mit solchen Mühseligkeiten und mangelnder Liebe zu kämpfen hat, wird zum schlechten Trinker und gedeiht schleppend. Jedenfalls sterben ungeliebte Kinder erfahrungsgemäß um vieles häufiger als geliebte."

Über Todesfälle im Säuglingsalter schreibt Christoffel, 1939, 453: " Eine angeborene Lebensschwäche, eine *vita minima*, behaupten Pädiater bei ausgetragenen, aber unreifen Neugeborenen zu beobachten, Kindern kranker oder sonst geschädigter, neuropathischer Mütter. Ohne selbst erkennbar krank zu sein, sind diese Säuglinge

doch nach jeder Richtung abnorm widerstandslos und minder leistungsfähig. Bei solchem Vitalitätsmangel gibt es nach Pfaundler und Glanzmann sogenannte Sterbefälle, etwa derart, daß die Neugeborenen immer wieder desinteressiert ihre Atmung einstellen, bis in einem unbewachten Augenblick der Tod doch eintritt. Glanzmann, der diese Schilderung gegeben, erwähnt, daß die Atmung schon intrauterin nicht recht in Gang gekommen oder behindert worden ist. Hier mögen Störungen im Reflexapparat wirksam sein." Christoffel, 1939, 459, schreibt, daß der Säugling geliebt werden muß, wenn er gedeihen soll und zieht als Beweis den Liebesmangel- oder Liebesentzug-Tod im Hospitalismus heran.

Zusammenfassende Bemerkung:

Der Tod durch Hilflosigkeit kann beim Säugling die Folge einer ungeeigneten oder unzureichenden Beziehung zwischen Mutter und Kind sein. Auf Wurzeln dieser ungeeigneten, gestörten und unzureichenden Beziehungen wurde hingewiesen: die Trennung und die Ablehnung.

Weitere extreme Lebenssituationen, die bei Tier und Mensch zum Tode führen können, sollen dargestellt werden.

EXKURS:

Der Tod als Folge extrem ungünstiger Lebenssituationen

Kann eine Lebenssituation so ungünstig sein, daß man stirbt? Seligman, 1979, 160, antwortet folgendermaßen: "Ich glaube ja. Wenn Tiere und Menschen lernen, daß ihre Handlungen vergebens sind und daß keine Hoffnung besteht, werden sie anfälliger für den Tod. Der psychische Zustand der Hilflosigkeit erhöht die Gefahr zu sterben."

Dieses Phänomen soll nun bei verschiedenen Tierarten aufgezeigt und verschiedene extrem ungünstige Lebenssituationen dargestellt werden, die zum Tod führen können.

1.) Tod durch Hilflosigkeit bei Tieren

Die Beobachtung des plötzlichen Todes aus Hilflosigkeit - in einer extrem ungünstigen, ausweglosen Situation - ist nicht auf Menschen beschränkt, sondern wird auch bei Tieren beobachtet.

Seligman, 1979, 160: " Richter beobachtete den plötzlichen Tod bei Ratten und führte ihn auf " Hoffnungslosigkeit " zurück. Er fand heraus, daß eine wilde Ratte bis zu 60 Stunden in einem mit warmen Wasser gefüllten Behälter schwimmt, aus dem es keine Fluchtmöglichkeit gab, bis sie vor Erschöpfung ertrank. Richter nahm einige Ratten solange fest in die Hand, bis sie aufhörten zu zappeln und setzte sie dann in den Wasserbehälter. Diese Ratten schwammen einige Minuten lang aufgeregt herum, sanken dann plötzlich und ertranken. Ein paar Ratten starben sogar in der Hand des Forschers. Richter vermutete, daß diese ausweglose Situation - bei der Ratte ein Gefühl der Hilflosigkeit auslöste, das zum Tode führt. Diese Vermutung erhärtete Richter durch folgenden Versuch: Er nahm Ratten in die Hand, bis sie aufhörten zu zappeln und ließ sie dann wieder frei. Das führte er mehrmals durch. Die Ratten lernten so, daß die Situation nicht hoffnungslos ist. Diese immunisierten Ratten schwammen auch 60 Stunden lang. Ähnlich schwamm eine Ratte auch dann 60 Stunden lang, wenn Richter das hilflose Tier aus dem Wasser nahm, bevor es ertrank und es mehrere Male wieder hineinsetzt. Richter kam zu dem Schluß, daß er den Tod aus Hoffnungslosigkeit entdeckt hatte, einen Tod durch Aufgabe aller Anstrengungen."

Galef und Seligman untersuchten, ob unvermeidbare Schocks in Hilflosigkeitsexperimenten ähnliches bewirken. Sie untersuchten zwei Gruppen erwachsener Rattenweibchen, immunisierten die eine Gruppe mit vermeidbaren elektrischen Schlägen, denen unvermeidbare folgten. Die zweite Gruppe erhielt die gleiche Abfolge von Schocks, aber nur unvermeidbare: 6 Tiere dieser Gruppe starben noch im Versuchskäfig, kein Tier aus der anderen Gruppe.

Seligman, 1979, 163, zeigt hier Parallelen mit dem Totstellreflex bei Tieren auf und interpretiert diese Schreckstarre von Tieren in einer ausweglosen Situation als Hilflosigkeit. Seligman, 1979, 163: " Hofer setzte eine Vielzahl verschiedener Nagetiere einem freien Raum, erschreckenden Geräuschen, der Silhouette eines Habichts und einer Schlange gleichzeitig aus. Die Tiere verfielen in Schreckstarre, ihr Herzschlag verlangsamte sich, Arrhythmien wurden bei einigen Nagern beobachtet. Einige der Nager, bei

bei denen Arrhythmien beobachtet worden waren, starben wenig später, aber keines der Tiere, die keine Arrhythmien hatten starb. Entscheidend wirkten hier ein unkontrollierbarer Stressor, eine Reaktion der Passivität und gesteigerte Anfälligkeit für plötzlichen Tod.

Maser und Gallup führten bei gezähmten Junghühnern den Totstellreflex herbei, indem sie sie in Rückenlage festhielten, sie berichteten, daß diese Schreckstarre durch elektrische Schläge noch verlängert wurde. Einige Hühner kamen aus der Erstarrung nicht heraus, sondern starben."

Seligman führt die hohe Todesrate wilder Tiere, die in einen Zoo kommen, auch auf ihre Hilflosigkeit zurück.

Seligman, 1979, 165: Kaufman berichtete, daß 2 von 11 Affen, die von ihren Müttern getrennt wurden, starben. Der erste Todesfall ereignete sich am 9. Tag der Trennung, der andere am 6. Tag. Die Autopsie ergab keine Erklärung für den Tod.

Pickenhaim und Klingberg beobachteten das Verhalten von Ratten unter unvermeidbaren E-Schocks. (zit. nach Stumpfe, 1973, 63)

" Die Tiere zeigten ein völlig passives Verhalten, ihre Atmung verlangsamte sich. Der Zustand der Ratten in der ausweglosen Situation wird charakterisiert als eine motorische Hemmung bei stark angespanntem, erregtem Zustand des Tieres. Santibanez beobachtete bei bedingten Aversions-Experimenten mit Katzen ebenfalls das Auftreten einer Atemverlangsamung und Bradykardie bei gleichzeitiger motorischer Bewegungslosigkeit. Auch Tiere, die in einer Käfig-Situation von stärkeren Artgenossen bedrängt werden, können in kurzer Zeit sterben, da sie keine Fluchtmöglichkeit haben."

Stumpfe, 1973, 64: " Ratten, welche schweren und anhaltenden Attacken eines dominanten Männchens ausgesetzt waren, zeigten ein charakteristisches Aussehen. Ihr Pelz war absteehend oder beschmutzt, die Bewegungen langsam, schwach, eine gründliche Pflege wurde nicht vorgenommen, in ihrer Haltung kamen Zeichen der Entmutigung zum Ausdruck. Sie wichen bei der Annäherung einer anderen Ratte zurück. Von 27 Männchen, die in schon etablierten Kolonien gesetzt wurden, überlebten nur drei."

Holst fand bei Untersuchungen über die Auswirkungen von sozialem Streß bei Tupajas ebenfalls unerklärliche Todesfälle. Wird schlagartig maximale Erregung hervorgerufen (z.B. durch Zusammensetzen zweier Tiere) so stirbt das (hinzugesetzte) Tier innerhalb weniger Stunden.

Stumpfe, 1973, 65: " Diese Ergebnisse der Tierexperimente zeigen eine weitgehende Übereinstimmung in Bezug auf die Situation und den Ablauf der organischen Vorgänge im Vergleich zu den psychogenen Todesfällen bei den Menschen. Besonders deutlich kommt bei

Tieren die Bedrängnis der Situation durch Gefangenheit, Fehlen einer Fluchtmöglichkeit oder durch Beunruhigung durch einen dominierenden Artgenossen zum Ausdruck."

2.) Tod durch Hilflosigkeit bei Menschen

Es sollen nun verschiedene Lebenssituationen aufgezeigt werden, die bei Menschen zum Tod durch Hilflosigkeit führen können. Nach Seligman kann jeder ernsthafte Verlust zu Krankheit und Tod führen. Seligman, 1979, 168: "Engel, Schmale, Greene haben während der letzten zwei Jahrzehnte die Konsequenzen psychologischen Verlustes für körperliche Krankheit untersucht. Ihren Studien zufolge schien Hilflosigkeit die Widerstandskraft des Individuums gegen körperliche Krankheitserreger herabzusetzen, die bis dahin abgewehrt worden waren. Engel führt 170 Fälle plötzlichen Todes unter psychischem Streß an, die er innerhalb eines Zeitraumes von 6 Jahren gesammelt hatte. Die unmittelbare Todesursache in den von Engel berichteten Fällen war gewöhnlich Herzversagen. Dem Herzversagen ging sowohl Schicksalsergebenheit als auch Erregung voraus. Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit stellten die durchdringenden Emotionen dar. Die Ereignisse, die zur Hoffnungslosigkeit führen, sind u.a. Zusammenbruch oder Tod eines geliebten Menschen, Verlust von Status und Selbstachtung." Seligman, 1979, 171: "Da ich die Behauptung aufgestellt habe, daß Depression und Hilflosigkeit aneinander gebunden sind, ist es nicht erstaunlich, Depression in enger Verbindung mit plötzlichem Tod zu finden. Hilflosigkeit scheint Menschen anfälliger für die z.T. auch tödlichen Krankheitserreger, die ununterbrochen um uns herum sind, zu machen." Stumpfe bezeichnet dieses Phänomen als psychogenen Tod, d.h. ein Tod, der durch psychische Beeinflussung ausgelöst wird. Durch folgende äußere Ereignisse kann nach Stumpfe, 1973, 11, ein psychogener Tod ausgelöst werden:

a) Tabu-Verletzung

Das Tabu entspricht bei den Naturvölkern etwa unseren Gesetzen, die die Ordnung und den Schutz der Gemeinschaft bezwecken. Ein Tabu kann einen religiösen Charakter besitzen, aus bloßer Klugheit, aus politischen Gründen oder aus privatem Anlaß entstanden sein.

b) Verzauberung und Verfluchung

Hier stößt der Medizinmann einen Fluch gegen das Opfer aus oder sagt ihm, daß es sterben wird.

c) sonstige Gründe

Wright beobachtete derartige Todesfälle nachdem die Eingeborenen eines Diebstahls, einer Vergewaltigung, einer Krankheitsbezauberung vom Medizinmann überführt wurden. Cannon war einer der ersten Wissenschaftler, der diese Todesfälle als " Voodoo-Tod " bezeichnete.

Zwingmann, 1965, 202, unterscheidet von dieser Todesart drei Formen: die afrikanische, die polynesishe und die australisch-melanesische. Die Afrikanische und Australisch-Melanesische treten als Folge des Überschreitens religiöser Tabus oder manischer Handlungen auf und sind von gewaltiger Angst und akuten vegetativen Störungen begleitet. Die polynesishe Erscheinungsform bezeichnet Ellenberger als biologischen Selbstmord. Hier erfolgt der Tod viel ruhiger und ist vom Subjekt selber innerlich akzeptiert: Der Mensch fühlt, daß er sterben muß oder er wünscht den Tod, wickelt sich in seine Strohmatten ein, legt sich in einer Ecke nieder und stirbt innerhalb weniger Stunden."

Ähnlich beschreibt Stumpfe diesen Vorgang: Die Menschen ziehen sich zurück, legen sich nieder und sterben. Stumpfe, 1973, 36, weist darauf hin, daß der psychogene Tod in Kriegsgefangenschaft und Konzentrationslagerhaft von kriegsgefangenen Ärzten ähnlich beschrieben wird. " Der Zustand kennzeichnet sich durch eine totale Apathie: Der Mensch legt sich auf sein Lager, wendet sich zur Wand, zieht seine Decke über den Kopf, wäscht sich nicht, will nicht essen, gibt jegliches Interesse an der Umwelt auf. Die psychischen Vorgänge werden folgendermaßen charakterisiert: psychische Kachexie, Selbstaufgabe, Interessenverlust, Aufgabe des Lebenswillens, Negativismus, Sichgehenlassen, Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Depression, Apathie. An psychoanalytischen Erklärungen werden genannt: Ich-Regression, Ich-Verlust und Verlust jeder narzißtischen Besetzung des Selbst."

Nach Seligman, 1979, 172, kann der plötzliche Bruch im Lebensrhythmus und der Verlust von Kontrolle Hilflosigkeit verursachen und zum Tode führen. Als weitere Beispiele nennt er Tod in Heimen und Kliniken. Seligman, 1979: " Institutionen berücksichtigen viel zu wenig die Bedürfnisse ihrer Insassen nach Kontrolle. Die Arzt-Patient-Beziehung ist gewöhnlich nicht so angelegt, daß sie dem Patienten ein Gefühl für Kontrolle vermitteln würde." Ähnlich schildert Seligman die Situation von alten Leuten in Altersheimen. Seligman, 1979, 178, erklärt den Vorgang, der bei diesen Menschen zum Tode führt, folgendermaßen: " Wir sollten nicht mehr überrascht sein, eine erhöhte Anfälligkeit für den Tod als Konsequenz von Hilflosigkeit zu erkennen. Im Verlauf des Todes durch Hilflosigkeit verliert das Individuum Kontrolle über Dinge. Auf Ver-

haltungsebene reagiert es mit Depression, Passivität und Unterwerfung. Subjektiv fühlt es sich hilflos und hoffnungslos. In der Folge tritt unerwarteter Tod ein."

Stumpfe, 1973, 53, liefert ein ähnliches Erklärungsmodell:

" In Berichten über psychogene Todesfälle wird immer auf die psychische Komponente als das entscheidende und zentrale Teil des ablaufenden Geschehens hingewiesen." Von entscheidender Bedeutung beim psychogenen Tod erweist sich die subjektive Beurteilung der Lage. Der Mensch sieht keinerlei Bewegungsspielraum, weder in der Gegenwart noch in der Zukunft. Der Mensch befindet sich in einer ausweglosen Situation bzw. vor einem unlösbaren Problem. Der Mensch weicht dem Druck aus, indem er aus dem Felde geht. Das Individuum regrediert, wird depressiv und apathisch. Stumpfe, 1973, 73: " Die Menschen befinden sich insgesamt gesehen in einer Bedrängnis-Situation. Diese Bedrängnis ist äußerlicher und innerlicher Art. In äußerlicher Hinsicht findet sich eine Bedrängnis durch die Wachen, das Arbeitssoll, die Mitmenschen, den Hunger usw. Bei den Tieren ist es die Bedrohung durch das dominante bzw. schon vorher ansässige Tier. Der Mensch und das Tier befinden sich in einer Situation der Anspannung und Beunruhigung. Die Käfig-Situation ist gekennzeichnet durch das Fehlen jeglicher Möglichkeit eines Ausweichens gegenüber der Bedrohung. Die Käfig-Situation bedeutet ein völliges Ausgeliefertsein den bedrängenden, bedrohenden und beunruhigenden Einwirkungen der Umwelt. Der Mensch findet keine Ruhe und Entspannung. Diese dauernde Anspannung bzw. Bedrohung scheint das entscheidende Kriterium als Voraussetzung für den psychogenen Tod zu sein. Im Individuum entsteht ein Gefühl der Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit. Es kommt zum Zusammenbruch des Widerstandswillens, insbesondere des Willens zum Leben."

Zusammenfassende Bemerkung:

Es wurden verschiedene Lebenssituationen aufgezeigt, die bei Tier und Mensch zum Tod führen können. Beim Tier kann ein unkontrollierbarer Stressor (erschreckende Geräusche, Dichtestreß, Beunruhigung durch dominierende Artgenossen) vor allem dann zum Tod führen, wenn es anfälliger ist und auf den Stressor mit Passivität reagiert.

Für Menschen wurden als ausweglose Situationen die Tabu-Verletzung, der Verlust eines Menschen, ein Heim-, Klinik- oder Gefängnis-aufenthalt genannt. Diese Situationen sind häufig aneinander gekoppelt. Menschen reagieren auf diese Extremsituationen mit Angst und Hilflosigkeit, die in einigen Fällen zum Tod führen können.

9. Zusammenfassung

Negative Entwicklungsbedingungen können zwei Wurzeln haben: entweder es fehlen positive oder es kommt zur Akkumulation ungünstiger Entwicklungsfaktoren. Folgende familiär bedingte soziale und psychologische Faktoren können die Entwicklung eines Säuglings gefährden: junges Alter der Mutter, Unvollständigkeit der Familie, kinderreiche Familie, Unterschicht, ungünstige Wohnverhältnisse, Psychosen, Neurosen, Infantilität der Eltern.

Diese ungünstigen sozialen und psychologischen Faktoren, die teilweise korrelieren, führen häufig dazu, daß eine geeignete Beziehung zwischen den Eltern nicht entstehen kann oder völlig gestört ist. Diese gestörte oder fehlende Partnerbeziehung kann die Ursache dafür sein, daß die Schwangerschaft eine große Belastung ist.

Neuere Forschungen deuten darauf hin, daß sich neben den medizinischen Risikofaktoren zahlreiche soziale (z.B. Unehelichkeit) und psychische Faktoren (z.B. Angst und ~~St~~reß der werdenden Mutter) auf den Föten negativ auswirken, ihn schädigen und sein Leben bedrohen.

Medizinische, soziale und psychologische peri- und postnatale Risikofaktoren werden als weitere negative Einflüsse dargestellt. Diese Einflüsse gefährden vor allem dann die Entwicklung des Säuglings, wenn durch sie das Zustandekommen einer geeigneten Beziehung zwischen Mutter und Kind gestört wird. Neben einer ungeeigneten und unzureichenden Beziehung werden als weitere negative Einflüsse Mangel an Stimulation, Mangel an Gelegenheiten für wirksames Lernen und Trennungssituationen beschrieben.

Die Reaktion des Säuglings auf diese negativen Entwicklungsbedingungen werden durch dessen Merkmale wie Alter, Geschlecht, Konstitution und psychische oder somatische Störungen modifiziert. Als Auswirkungen dieser negativen Einflüsse werden folgende Reaktionen des Säuglings beschrieben: im somatischen Bereich somatische Störungen wie häufiges Erbrechen, Koliken, Infektionen, Funktionsstörungen, Gehirnschäden, im psychischen Bereich mangelnde Lernfähigkeit, Depression, Hilflosigkeit.

All diese Reaktionen führen unter Umständen dazu, daß ein Säugling in Belastungssituationen immer hilfloser wird, dadurch wird sein Risiko zu sterben erhöht.

Aus psychologischer Sicht sind extreme Belastungen für den Säugling in folgenden Situationen zu sehen: Dichtestreß, Trennung von der Mutter wegen Heim- oder Klinikaufenthalt und Ablehnung von der

Mutter.

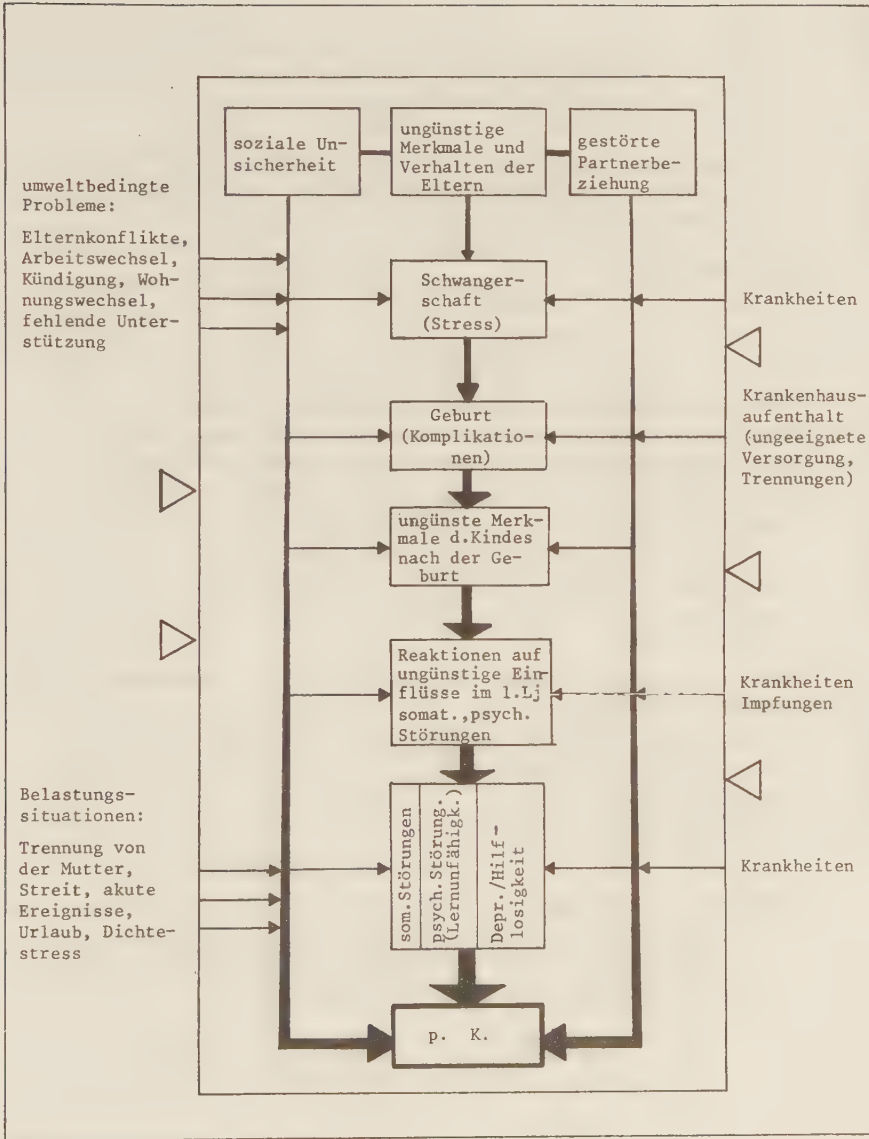
Diese Extremsituationen, die häufig aneinandergesekoppelt sind, können bei auf Grund somatischer und psychischer Störungen verwundbaren Säuglingen in einigen Fällen zum Tod führen. Dieses " Erklärungsmodell " ist hypothetisch und theoretisch ungenügend untermauert.

Es sei darauf hingewiesen, daß das Vorhandensein der einzelnen psychischen und sozialen Faktoren weder notwendig den Tod hervorrufen noch ihn hinreichend erklären.

Das heißt: Die psychischen und sozialen Faktoren führen nicht immer zum Tod.

Der Tod wird unter Umständen erst dann hervorgerufen, wenn die sozialen und psychologischen Faktoren in bestimmten Konstellationen auftreten und zusätzliche Faktoren wie medizinische Einflüsse oder noch unbekannte Stressoren den Säugling überfluten.

Dieses Modell soll folgendes Schema veranschaulichen:



Tab. 17: Negative Einflüsse auf den Säugling, deren Modifikation durch eine negative Umwelt und ihre Bedeutung für den p.K.

10. Empirische Untersuchung

10.1. Erste Untersuchung (1978)

10.1.1. Ziele

Ziel dieser Untersuchung ist eine Analyse der Entwicklungsbedingungen von p.K. und deren Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Diese Analyse basiert auf den im theoretischen Teil dargestellten sozialen und psychologischen Faktoren, die die Entwicklung eines Säuglings beeinflussen.

10.1.2. Gesichtspunkte zum Interview

Durch die Interviewfragen (s. Ahang 1) werden folgende Bereiche, die im theoretischen Teil dargestellt sind abgedeckt:

SOZIALE SITUATION der FAMILIE: Alter der Mutter bei der Geburt, Familienstand, Zahl der Kinder, Beruf, Wohnverhältnisse.

MERKMALE der MUTTER: stabil/labil, nicht depressiv / depressiv, somatische und psychosomatische Defekte / gesund.

KINDHEIT der MUTTER: ehelich/unehelich, Ablehnung/akzeptiert, große Belastungen im Elternhaus.

SCHWANGERSCHAFT: Einstellung, Belastung, Beschwerden, Risikoschwangerschaft.

GEBURT: Geburtstermin, Geburtsgewicht, Apgarwert, Geburtskomplikationen, Kontaktmöglichkeit.

MERKMALE des KINDES: Gesamtverhalten, Eßverhalten, Schlafverhalten, somatische Symptome.

MUTTER - KIND - BEZIEHUNG: Betreuung, Fütterungstechnik, Stimulation, Trennung.

TODESUMSTÄNDE: Symptome, Ereignisse, Lage, Fundsituation.

Durch die Interviewfragen werden die genannten sozialen und psychologischen Faktoren erfaßt. Da das Interview für die betroffenen Mütter großen Streßcharakter hat, soll auf dieses besonders eingegangen werden. Deshalb erfolgte im Laufe der Untersuchung ein Übergang vom halbstandardisierten Interview zu einem offenen Gespräch.

In allen Gesprächen wurden die gleichen Bereiche erfragt, der Verlauf der Gespräche und die einzelnen Fragen entwickelten sich aber im Lauf der Untersuchung freier. Dadurch war ein größeres Eingehen auf den Gesprächspartner möglich, die Gesprächssituation wurde entspannter und psychische Variablen wie Merkmale der Mutter, ihre Belastungen und die familiären Beziehungen konnten so - meist - analysiert werden. Hier sei noch darauf verwiesen, daß sich im Verlauf der Untersuchung die Hypothesen änderten und verschiedene Bereiche, die wichtig erschienen, neu, bzw. genauer berücksichtigt, andere Bereiche dagegen vernachlässigt wurden. Auf besonders schwierig zu erfassende Komplexe soll kurz eingegangen werden.

BELASTUNGEN in der KINDHEIT der MUTTER: Es wurde versucht, von harten Daten auszugehen: (Alter der Mutter, Beruf, Zahl der Geschwister). Anschließend wurden die somatischen Krankheiten in der Familie und die Kindheit exploriert, dabei wurden die schwersten Konflikte herausgearbeitet. Ein Großteil der befragten Mütter gab hierüber bereitwillig Auskunft, ein anderer antwortete nur knapp, andere Mütter gaben überhaupt keine Auskunft.

BEZIEHUNG zum KINDSVATER: Anhand von konkreten Situationen und von Beispielen sollte die Beziehung durchleuchtet werden. Je nach Verlauf des Gesprächs wurden u.a. folgende Situationen angeschnitten: Einstellung und Verhalten des Partners zu Mutter und Kind.

BEZIEHUNG zwischen MUTTER und KIND: Die Erfassung der Beziehung zwischen Mutter und Kind bildet eines der größten Probleme dieser Untersuchung. Eine Ursache dieser Schwierigkeit ist darin begründet, daß durch den Tod des Säuglings Interaktionen nicht beobachtet werden können, eine weitere Ursache sind die durch den Tod hervorgerufenen Schuldgefühle, durch die die Beziehung zum Kind von der Mutter unter Umständen verzerrt wahrgenommen, z.B. idealisiert wird. Anhand folgender Faktoren soll die MUTTER-KIND-BEZIEHUNG erfaßt werden:

EINFÜHLUNG der Mutter, gekennzeichnet durch folgende Variablen: das Wahrnehmen der Signale des Kindes (was mochte ihr Kind gerne ? Was war für ihr Kind am schlimmsten ? Was war für ihr Kind ein Streß ?), das Reagieren und Verhalten der Mutter (was taten Sie, wenn Ihr Kind schrie ?)

STIMULATION des Säuglings durch seine Umwelt, insbesondere durch die Mutter, soll aus dem Tagesablauf des Säuglings, aus der

Art seiner Versorgung und den Möglichkeiten zur Interaktion zwischen Mutter und Kind erschlossen werden.

FÜTTERUNGSTECHNIK wird hinsichtlich der Art (Flasche, Brust) als auch hinsichtlich des Vorgehens der Mutter (Plan/Bedarf) erfaßt.

10.1.3. Vorgehensweise

10.1.3.1. Untersuchungsgruppe

Dieser Untersuchung liegen insgesamt 53 p.K. aus dem Jahre 1978 zugrunde. Sie wurden alle am Institut für Rechtsmedizin in München seziert. (Alle außerhalb der Definition des p.K. liegenden Fälle, wie z.B. Unfälle, Todesfälle nach schwerwiegenden, längerdauernden Krankheiten blieben unberücksichtigt).

Alle Eltern der verstorbenen Kinder wurden angeschrieben und um ein Gespräch gebeten. 35 betroffene Mütter bzw. Angehörige der verstorbenen Säuglinge waren zu einem persönlichen Gespräch bereit, Informationen über die anderen Fälle entnahm ich den Akten. Bei einigen Fällen lagen nahezu keine Informationen vor.

10.1.3.2. Kontrollgruppe

Die Wahl der Kontrollgruppe ist,bedingt durch die heterogene Untersuchungsgruppe,äußerst problematisch. Nach dem Zufallsprinzip wurden von verschiedenen Kliniken Mütter angeschrieben, die ein gesundes Kind hatten, das im gleichen Zeitraum wie die p.K. geboren war. Außerdem wurden die Kontrollfälle nach Stadt/Land parallelisiert. Die Mütter, die zu einem Gespräch bereit waren, sind unter Umständen eine Extremgruppe, d.h. Mütter, die sehr aufgeschlossen sind, die sich selbst als " gute Mutter " empfinden und in guten sozialen Verhältnissen leben

10.1.3.3. Kontaktaufnahme mit der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe:

Die Mütter der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe wurden angeschrieben und eine Postkarte zur Terminvereinbarung beigelegt (siehe Anhang). Die p.K. Mütter erhielten zusätzlich ein Informationsblatt. Durch dieses wollte ich mich vorstellen, den Eltern Infor-

mationen über den p.K. geben und auf deren Trauer eingehen. Mütter, die nicht antworteten und deren Telefonnummer in Erfahrung gebracht werden konnte, wurden ein paar Wochen später angerufen. Alle Mütter, mit denen telefonisch Kontakt aufgenommen wurde, waren dann zu einem Gespräch bereit.

10.1.3.4. Gesprächsführung

Die Gespräche wurden nach den Grundlagen der Gesprächstherapie geführt. Da es den Rahmen der Arbeit sprengen würde, auf die theoretische Basis dieses Ansatzes einzugehen, sei auf Bommert, 1977, verwiesen.

Auf zwei wichtige Techniken, die für die Gespräche mit den Trauernden besonders wichtig erscheinen, sei eingegangen: (Bommert, 1977, 24-25)

POSITIVE ZUWENDUNG: Dazu gehören Einstellungen wie Respekt, Akzeptierung, Gernhaben, Sympathie, Wärme.

EINFÜHLENDES VERSTEHEN: bedeutet, den inneren Bezugsrahmen eines Individuums mit den emotionalen Komponenten und den dazugehörenden Bedeutungen so genau wahrzunehmen, als ob man das andere Individuum selbst wäre, ohne jedoch diese " Als-ob-Qualität " zu verlieren.

Sowohl die positive Zuwendung als noch mehr das einfühlsame Verstehen war oft sehr anstrengend und erforderte viel Flexibilität. Anfangs war die Atmosphäre häufig gespannt. Aber durch Zuwendung und Einfühlung verlief das Gespräch in vielen Fällen gelöster. Auf die Trauer der Mütter wurde folgendermaßen eingegangen: Es wurde auf ihre Gefühle durch Verbalisieren eingegangen, offene Fragen wurden gestellt, auf belastende Fragen wurde verzichtet. Diese Art der Gesprächsführung verminderte die Objektivität und erschwerte die Auswertung.

10.1.3.5. Auswertung

Die Auswertung der Gespräche unterlag vielen Verzerrungen: Hypothesen, Einstellungen, Gefühle des Untersuchers, sein subjektiver Eindruck verminderte die Objektivität der Auswertung. Deshalb wurden möglichst viele objektive Daten erhoben und die subjektiven Faktoren anhand von Beispielen illustriert. Zu

einigen Faktoren aus dem Auswertungsbogen (siehe Anhang), deren Beurteilung subjektiven Kriterien unterlag, sei folgendes angemerkt:

SOZIALE STELLUNG:

Soziale Stellung I: überdurchschnittlicher Lebensstandard, keine finanziellen Probleme, sehr gute Wohnverhältnisse (Haus oder große Wohnung), Akademiker oder in leitender Position.

Soziale Stellung II: durchschnittlicher Lebensstandard.

Soziale Stellung III: unterdurchschnittlicher Lebensstandard, Sozialhilfeempfänger.

BEENGTE WOHNVERHÄLTNISSE: keine Möglichkeit sich zurückzuziehen, 1-Zimmer-Appartement oder niedrige Quadratmeterzahl pro Person.

SCHMUTZIGE WOHNVERHÄLTNISSE: über längere Zeit nicht aufgeräumt, Essensreste, gehäuft schmutzige Wäsche, Geruchsbelästigung.

UNGÜNSTIGE UNTERBRINGUNG des KINDES: Hier wurden die folgenden Variablen berücksichtigt: Temperatur, Licht, Wärme, Lärm, Luft (rauchig), Größe des Zimmers.

FINANZIELLE PROBLEME: Sozialhilfeempfänger, zu wenig Geld, um das Lebensnotwendigste (Kleidung, Essen) zu bestreiten.

BEZIEHUNG zum PARTNER belastet: häufiger Streit, Alkoholismus, Partner sehr wenig zu Hause, Trennungsabsichten, Nebenbuhler, Ablehnung.

BEZIEHUNG zum PARTNER sehr gut: gutes Verstehen, Vater kümmert sich um Mutter und Kind, gegenseitiges Aufeinandereingehen.

BEZIEHUNG zu anderen KINDERN belastet: Probleme, Krankheiten, psychisch auffällig, Ablehnung.

SONSTIGE BELASTUNGEN: schwere Krankheiten, Ausländer, Verschuldungen, Konflikte mit der sozialen Umwelt.

MERKMALE der MUTTER: stabil : kompetent, Durchsetzungsvermögen, Bewältigungsmöglichkeit in Konfliktsituationen, wirkungsvolles Auseinandersetzen mit der Umwelt.

labil: Hilflosigkeit, depressiv: inaktiv, lethargisch, in sich gekehrt, hilflos.

ZU enge SYMBIOSE mit der MUTTER: große Abhängigkeit von der Mutter. Zusammenleben mit den Eltern, dadurch keine geeignete Beziehung zum Partner.

GROSSE BELASTUNGEN im ELTERNHAUS: Alkoholismus, Mißhandlungen, Sündenbockrolle.

RISIKOSCHWANGERSCHAFT: Nierenerkrankung, Infektionen, Stoffwechselerkrankungen, genetische Belastungen, von Frauenarzt oder Klinik als Risikoschwangerschaft diagnostiziert.

GEBURTSKOMPLIKATIONEN: vorzeitiger Blasensprung, Kaiserschnitt, Nabelschnurumschlingung, intranatale Hypoxie.

EINFÜHLUNG der MUTTER: sehr einfühlsam: wahrnehmen und adäquates Reagieren auf Signale des Kindes, wenig einfühlsam: die Signale nicht wahrnehmen oder sich inadäquat verhaltend.

ÜBERSTIMULATION: sehr beengte Wohnverhältnisse, Heim- oder Krankenhausaufenthalt, ständiger Kontakt mit Bezugspersonen, zu wenig Möglichkeit um zu schlafen.

UNTERSTIMULATION: zu wenig Kontakt mit Bezugsperson.

BESONDERE EREIGNISSE vor dem TOD: Familienfeste, Partys, Reisen, großer Streit, Überanstrengung des Säuglings.

Die Auswertung der klassifizierten Variablen erfolgte mit Kontingenztafeln der klassischen Methode der deskriptiven Statistik. Die Ergebnisse sollen nun dargestellt werden.

10.1.4. Darstellung der ersten Untersuchungsergebnisse (1978)

10.1.4.1. Soziale Begleitumstände

10.1.4.1.1. Alter der Mutter und Geburtsrang des Kindes:

Einige Untersucher haben auf einen höheren Anteil von jungen Müttern hingewiesen, was sich in dieser Untersuchungsgruppe deutlich bestätigte. 30 % der Mütter, deren Kinder starben, waren 20 Jahre oder jünger (4 waren 17 Jahre, eine 18 Jahre, 4 waren 19 Jahre). Die älteste Mutter war 39 Jahre.

Alter der Mutter	p.K. (45)	KG (37)
Durchschnittsalter	25.1 J	29.1 J
≤ 20 J	30.4 %	7.5 %
≤ 24 J	47.8 %	12.5 %

Tab.:18

Einen Vergleich der p.K. Gruppe mit der KG-Gruppe (Zahlen in Klammern) hinsichtlich Alter der Mutter, verbunden mit Geburtsrang des Kindes zeigt folgende Tabelle:

Alter der Mutter	G e b u r t s r a n g					Summe
	1	2	3	4	5	
≤ - 20 J	11 (3)					11 (3)
21 J - 24 J	7 (3)	1 (2)	1			9 (5)
25 J - 29 J	1 (6)	4 (8)	4		2	11 (14)
30 J - 34 J	3 (3)	3 (4)	(1)	1 (1)	1	8 (9)
älter	1 (1)	3 (2)	(1)	1 (2)	1	6 (6)
Gesamtzahlen	23 (16)	11 (16)	5 (2)	2 (3)	4	45 (37)

Tab.: 19

In der p.K.-Gruppe befand sich ein Zwillingsspaar, in der KG-Gruppe zwei Zwillingsspaare.

10.1.4.1.2. Familienstand

24 % der betroffenen Mütter waren unverheiratet, einige heirateten während der Schwangerschaft. In einem Fall waren beide Elternteile geschieden und die Kindsmutter brachte aus der ersten Ehe eine Tochter mit. In einem anderen Fall wurde die erste Ehe bei der Kindsmutter erst während der Schwangerschaft geschieden und die zweite Ehe zwei Wochen vor der Geburt des Kindes geschlossen (beide Männer waren Alkoholiker).

In einem weiteren Fall heiratete eine betroffene Mutter nach dem Tod ihres ersten Mannes, von dem sie 4 Kinder hatte, einen Ausländer. Sie hatte deshalb sowohl in dem Ort, in welchem sie wohnte, als auch durch ihre Kinder, die gegen diesen zweiten Mann waren, große Probleme. (Diese Frau sieht den Tod des Kindes als Bestrafung für die zweite Ehe). Ein betroffenes Kind stammte aus einer Verbindung mit einem anderweitig verheirateten Mann.

Familienstand	ledig	Heirat während Schwangerschaft	geschieden
p.K. (46)	24 %	13 %	5 %
KG (37)	5 %	8 %	-

Tab.: 20

10.1.4.1.3. Soziale Stellung

Es zeigt sich, wie allgemein in der Säuglingssterblichkeit, eine Häufung in der unteren sozialen Schicht.

Ein Drittel der verstorbenen Kinder stammen von Eltern aus einer sozialen Problemgruppe, d.h. Sozialhilfeempfänger, Straffällige, Arbeitslose, uneheliche Mütter.

Eng verbunden mit der Schichtzugehörigkeit sind die finanziellen Verhältnisse. Alle unehelichen Mütter hatten große finanzielle Probleme, viele lebten von 300 DM monatlich. Aber auch Familien, in denen nur ein Elternteil berufstätig ist, hatten häufig große Geldsorgen, besonders dann, wenn mehr als 2 Kinder im Haushalt lebten. Insgesamt hatten die Hälfte der betroffenen Familien große finanzielle Probleme, und ein Fünftel der Kontrollfamilien.

soz. Schicht	I	II	III
p.K. (40)	16 %	37 %	47 %
KG (37)	20 %	75 %	5 %

Tab.: 21

10.1.4.1.4. Wohnverhältnisse

Über die Hälfte der betroffenen Familien lebte in äußerst ungünstigen Wohnverhältnissen, d.h. beengte Wohnverhältnisse, laute, schmutzige Wohnungen oder in Wohnungen, wo die Unterbringung des Kindes äußerst ungünstig war, d.h. ungeheizte, abgelegene oder winzige Kinderzimmer.

Am auffallendsten sind die beengten Unterbringungen. Sechs Familien lebten in einem 1-Zimmer-Appartement, 2 Mütter lebten mit ihrem Kind in einem Heim, sie hatten dort ein 12 qm großes Zimmer. Eine weitere Familie lebte zu dritt in einem 6 qm großen Raum in einer 2-Zimmer-Wohnung bei einer Bekannten. Andere Familien lebten mit ihren Eltern zusammen oder mit Untermietern.

Fall 8: ist am extremsten. Hier handelt es sich um eine Problemfamilie, die sowohl am Ort als auch in verschiedenen Behörden bekannt ist. Sie ließ ihre Wohnung so verwahrlosen, daß sie jetzt in einer "Unterkunft" ein 8 qm großes Zimmer zu viert wohnt. Eltern, Kinder und die Wohnung sind völlig verwahrlost.

Wohnverhältnisse	beengt	laut	schmutzig	ungünstige Unterbringung des Kindes
p.K. (45)	43 %	40 %	30 %	45 %
KG (37)	18 %	13 %	3 %	20 %

Tab.: 22

Die Tabelle zeigt die großen Unterschiede der Wohnverhältnisse hinsichtlich der Sauberkeit. Die schmutzigen, verwahrlosten Wohnverhältnisse, d.h. völlig unaufgeräumte Wohnungen, teils ohne Möbel, in denen der Abfall überall herumstand und es übel roch, sind einerseits schichtspezifisch oder deuten auf andere Probleme wie Alkoholismus, Tablettensucht, Depressionen oder apathisches Verhalten von einem oder beiden Familienmitgliedern hin.

Die schmutzigsten Wohnverhältnisse lagen bei Fall (37) vor. Dieses Kind wurde von seiner Großmutter versorgt, die sich als " Müllsau " bezeichnete. Sie sammelte Abfälle und verwelkte Blumen von Friedhöfen und stellte alles in der Wohnung auf.

Bei den betroffenen Familien zeigt sich in 18 Fällen eine Häufung von 3 ungünstigen Wohnverhältnissen (beengt, laut, schmutzig, ungünstige Unterbringung des Kindes), bei der KG in einem Fall.

10.1.4.1.5. Sonstige soziale Probleme

Die genannten sozialen Probleme bedingen einander zum Teil oder treten bedingt durch andere Faktoren zusammen auf: So hat eine junge, unverheiratete Mutter immer finanzielle Sorgen und Wohnungsprobleme. Meist gingen die betroffenen Mütter schon vor der Schwangerschaft keiner geregelten Arbeit nach und hatten wegen der fehlenden Berufsausbildung und des Kindes keine Möglichkeit, eine geeignete Arbeit zu finden. Diese jungen Mütter arbeiteten teils als Bedienung, einige von ihnen waren wahrscheinlich Prostituierte. Sie waren häufig mit Kriminellen liiert. Andere Mütter waren durch die Doppelbelastung von Beruf, Haushalt und Kindern völlig überlastet, das gilt besonders für die Bauersfrauen. Die oben genannten sozialen Probleme, d.h. Wohnungsprobleme, finanzielle Sorgen, Schwierigkeit, einen Arbeitsplatz zu finden, lagen in besonderem Maß bei den Ausländern vor. Bei 3 verstorbenen Kindern waren beide Elternteile Ausländer, bei 7 ein Elternteil.

10.1.4.1.6. Zusammenfassende Bemerkung

Das Zusammentreffen der diskutierten sozialen Probleme ist folgender Tabelle zu entnehmen.

Ich gab einen Risikopunkt für folgende sozialen Probleme:

- Alter der Mutter $\leq$ 20 Jahre
- unverheiratet oder geschieden
- Schicht III
- beengte Wohnverhältnisse
- laute Wohnverhältnisse
- schmutzige Wohnverhältnisse
- ungünstige Unterbringung des Kindes
- sonstige soziale Probleme



Tab.: 23 (p.K. 45; K.G.: 37) Die Häufung der im Text erwähnten sozialen Risikopunkte in der p.K.-Gruppe (schwarz) gegenüber der KG-Gruppe (weiß)

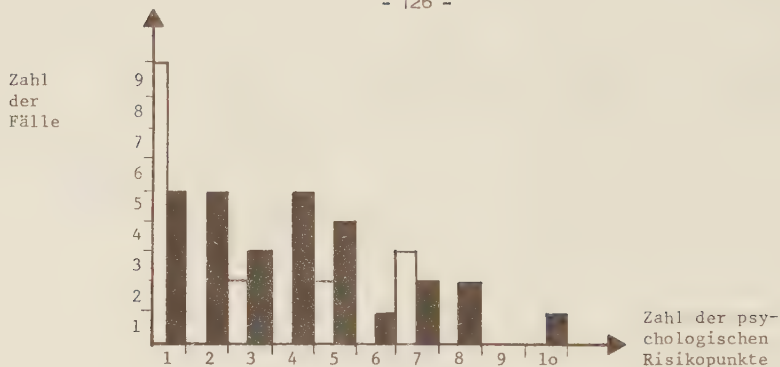
1o.1.4.2. Psychologische Begleitumstände

1o.1.4.2.1. Belastungen in der Kindheit und Merkmale der Mütter

Einige der oben genannten sozialen Probleme hängen eng mit den ungünstigen familiären Verhältnissen der betroffenen Mütter und Väter zusammen.

Ein Großteil von ihnen stammt selbst aus ungünstigen sozialen Verhältnissen, geprägt von Wohnungsproblemen und finanziellen Sorgen, 16 % der betroffenen Mütter waren selbst unehelich geboren, wuchsen in wechselnden Heimen oder bei Verwandten auf oder wurden vernachlässigt. Zu diesen sozialen Belastungen kamen folgende Probleme: Tod eines Elternteils oder Scheidung, Alkoholismus, häufige Mißhandlungen, gespannte familiäre Atmosphäre, Ablehnung von einem oder beiden Elternteilen, Krankheit oder schwere Depressionen eines Elternteils. In der Familie haben die betroffenen Mütter manchmal eine Sündenbockfunktion. Auffallend ist, daß die Mütter häufig in einer engen Verschmelzung mit ihrer Mutter waren. Diese Verschmelzung ist gekennzeichnet durch völlige Abhängigkeit von der eigenen Mutter, die bei den betroffenen Müttern einerseits zu Hilflosigkeit führte, andererseits einer Beziehung zum Partner im Wege stand. Die betroffenen Mütter, die sich gegen die Verschmelzung mit der Mutter wehrten, wurden häufig ausgestoßen, d.h. aus der Wohnung geworfen oder der Kontakt wurde abgebrochen. Ein Vergleich der beiden Gruppen zeigt, daß sich die Belastungen der Mütter in ihrer Kindheit sowohl qualitativ wie auch quantitativ unterscheiden.

Die Summation der Belastungen im Elternhaus zeigt die nachfolgende Tabelle. Sie stellt die Häufung der psychologischen Belastungen im Elternhaus der Mutter dar. Als Risikopunkt zählte: unehelich geboren, Ablehnung der Mutter, enge Symbiose mit der Mutter, abrupte Trennung vom Elternhaus, broken home, sonstige Belastungen wie Alkoholismus, schwere somatische Krankheit, schwere Neurose oder Psychose eines Elternteils.



Tab. 24: zeigt die Häufung der im Text erwähnten psychologischen Risikopunkte in der p.K.-Gruppe (schwarz) gegenüber der KG-Gruppe (weiß)

Die Ergebnisse über die Belastungen in der Kindheit sind durch folgende Variablen verzerrt:

- die Mütter der KG sprachen meist offener über ihre Kindheit
- das Interview mit betroffenen Müttern wurde häufig mit mehreren Familienmitgliedern geführt, so daß über die Kindheit nicht gesprochen werden konnte.

Einige Beispiele sollen die Kindheit der betroffenen Mütter illustrieren:

Fall 1: Vater Alkoholiker, Mutter schwere Depressionen (spricht wochenlang kein Wort), Scheidung der Eltern, kurz darauf stirbt Vater an Krebs.

Fall 2: Vater Alkoholiker, Selbstmord.

Fall 7: Mutter: Depressionen, Selbstmordabsichten, Vater: unbekannt.

Fall 8: Vater: unbekannt, Stiefvater: Alkoholiker, Heimunterbringung, jeden Tag geschlagen.

Fall 14: Vater: gemütskrank: " ging mit Messer auf die Familie los ", 3 Selbstmordversuche, Brandstiftung, Selbstmord, mit 17 Jahren aus dem Haus geworfen.

Fall 32: Mutter: starb an Leberzirrhose als Kind 6 Jahre, 3 Geschwister starben.

Fall 35: uneheliches Kind von verheiratetem Mann, Mißhandlungen, mehrere Heimaufenthalte, Stiefvater: 83 Jahre, totale Ablehnung von Mutter.

Die großen Belastungen im Elternhaus führten in einigen Fällen zu folgenden Persönlichkeitsmerkmalen:

Labilität, depressive Symptome, Ängste, Hilflosigkeit, Inkompetenz in sozialen Situationen, wenig Eigenständigkeit, mangelnde Fähigkeit zur Konfliktbewältigung, Apathie.

Die betroffenen Mütter, die durch ihre soziale Situation, die belastete Kindheit oder einen schwierigen Partner in einer Belastungssituation waren, wirkten häufig überlastet, erschöpft, nervös und unausgeglichen. Die Mütter aus der Unterschicht sind häufig antriebslos, gefühlsarm und wenig intelligent.

Einige Mütter litten an depressiven Symptomen, die sich durch die Schwangerschaft oder durch das Kind verstärkten.

Eine Mutter litt an einer Zwangspanychose, verbunden mit Depressionen und suizidalen Tendenzen, eine andere Mutter hatte neben psychosomatischen Symptomen und Depressionen Depersonalisationsstörungen, eine weitere Mutter war wegen Schizophrenie in psychiatrischer Behandlung und ein Elternpaar litt an " religiösem Wahn ". Zwei Mütter hatten Untergewicht (ca. 45 kg) und eine war sehr dick. Eine Mutter hatte infolge eines Motorrad-Unfalls mit ihrem Vater im 14. Lebensjahr ein Bein verloren.

Merkmale der Mütter	labil	depressiv	somatische Symptome
p.K. (40)	81 %	61 %	22 %
KG (37)	36 %	18 %	8 %

Tab.: 25

10.1.4.2.2. Beziehung zum Kindsvater

Einige soziale Faktoren (junges Alter, unehelich, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme, Ausländer), die belastete Kindheit und die oben beschriebenen Merkmale der betroffenen Mütter weisen darauf hin, daß die Beziehung zum Kindsvater häufig belastet war.

In einigen Fällen war die Beziehung durch folgende Konflikte schwer gestört: Alkoholismus, Mißhandlungen, Arbeitslosigkeit, Kriminalität. Einige Partner hatten sexuelle Beziehungen zu anderen Frauen. In vielen Fällen waren die Ehemänner/ bzw. Partner äußerst unregelmäßig oder selten zu Hause. Sie sorgten deshalb ungenügend für die Familie, konnten die Frauen nicht unterstützen, so daß die Sorge um die Familie die Frau alleine innehatte. Dies traf einerseits bei Kraftfahrern oder Vertretern zu, die wochenlang unterwegs waren, oder aber auch nur am Wochenende nach Hause kamen, andererseits bei Männern in höheren Positionen, die abends sehr spät heimkamen.

Diese Probleme führten dazu, daß viele Frauen Scheidungsabsichten hatten. Mehrere Frauen lebten ohne Männer. In drei Fällen stritten diese die Vaterschaft ab bzw. wollten eine Abtreibung. Ein Kindsvater war unbekannt, ein anderer war verheiratet. Auch in der Beziehung zum Partner zeigt sich oft eine Häufung von Konflikten. Mehrere Väter waren von Anfang an gegen das Kind eingestellt und unterstützten die Frauen weder während der Schwangerschaft noch nach der Geburt des Kindes.

Besonders hier zeigen sich große Unterschiede zur Kontrollgruppe. Belastete Beziehungen zum Partner lagen nur in 5 Fällen vor (in 4 Fällen hatten die Kindsväter aus beruflichen Gründen wenig Zeit). Sehr oft fand sich in der Kontrollgruppe eine sehr gute Beziehung zwischen den Eltern, d.h. der Mann versorgte die Familie, nahm sich viel Zeit für diese, unterstützte die Frau während der Schwangerschaft, nahm dieser Hausarbeit ab, freute sich auf das Kind, spielte mit ihm usw.

So wie bei den betroffenen Familien oft eine Häufung von negativen Tendenzen vorlag, lag hier oft eine Häufung von positiven Tendenzen vor.

Partnerbeziehung	belastet	unauffällig	sehr gut
p.K. (37)	75 %	25 %	-
KG (37)	18 %	39 %	43 %

Tab.: 26

Die folgenden Fälle sollen die Beziehungen von Kindsvater und Kindsmutter beschreiben und die Summation der Belastungen in den Beziehungen wiedergeben.

- Fall 3: Kindsvater ohne Beruf, oft im Gefängnis wegen Diebstahl, kommt nicht regelmäßig nach Hause.
- Fall 8: Alkoholiker, arbeitslos, verwahrlost.
- Fall 19: Erste Ehe: Alkoholiker, kriminell. Zweite Ehe: 2 Wochen vor Geburt des verstorbenen Kindes, Vater kriminell, Alkoholiker, arbeitslos, wollte angeblich Kindsmutter mehrmals erwürgen, häufige Vergewaltigungen, Kind starb 2 Wochen bevor Kindsmutter mit Kind ausziehen wollte.
- Fall 26: Kindsvater amerikanischer Soldat, wenig Geld, kommt alle 4 Wochen.
- Fall 36: Kindsvater früher Seemann, jetzt arbeitslos, Alkoholiker, starke Depressionen (weint viel, Herzbeschwerden, Einschlafstörungen).
- Fall 38: Kindsvater um 15 Jahre älter, Kraftfahrer, kommt höchstens zweimal wöchentlich, aufbrausend, bösartig.
- Fall 39: Kindsvater psychiatrisch auffällig, bezeichnet sich als Evangelist, arbeitslos.
- Fall 44: Kindsvater arbeitslos, randaliert, leben in Scheidung, Verhältnis mit Frau des Bruders der Ehefrau, " am Tag bevor Kind gestorben, haute er mit der Frau des Bruders ab."
- Nur in einem Fall der Kontrollgruppe war die Beziehung der Eltern auch sehr belastet.
- Fall 84: Kindsvater Jugoslawe, gibt monatlich zu Hause 200 DM ab, Scheidungsabsicht.

10.1.4.2.3. Geschwister der untersuchten Fälle

Die Geschwister der verstorbenen Fälle waren teilweise völlig unauffällig, teilweise litten sie an somatischen Krankheiten oder waren psychisch auffällig. Einige Fälle seien kurz beschrieben:

- Fall 12: Kind Kruppanfälle, Mutter hatte Angst, daß das zweite Kind durch Strangulation auch stirbt.
- Fall 14: 1. Kind Problemkind, sehr problematische Mutter-Kind-Beziehung. Kind fungierte als Partnerersatz und wurde mit allen Konflikten der Mutter konfrontiert, Kind in psychiatrischer Behandlung wegen Schizophrenie.

- Fall 15: Zwillinge, der nicht verstorbene Bruder auch Gehirnschaden (trinkt schlecht, epileptische Anfälle, nimmt schwer zu).
- Fall 35: Die beiden Geschwister wirken retardiert, sehr schlank und blaß, ein Kind hat einen depressiven Gesichtsausdruck.
- Fall 36: Das andere Kind motorisch retardiert.

10.1.4.3. Schwangerschaft

Die Vielzahl der sozialen und psychologischen Belastungen der betroffenen Frauen läßt annehmen, daß bei vielen die Schwangerschaft von realen äußeren Schwierigkeiten (Geldsorgen, Wohnungsprobleme) von umweltbedingten Problemen (verschiedene Ansprüche und Erwartung von seiten des Kindsvaters, der Eltern, der Schwiegereltern und der sozialen Umwelt) und von zahlreichen psychologischen Belastungen (Angst, Streß, Depressionen, Hilflosigkeit) geprägt war.

Folgende Konflikte lagen häufig vor:

ABLEHNUNG des KINDES durch die MUTTER und deren sozialen UMWELT: Diese Situation fand ich bei sehr jungen Müttern oder bei 4. bis 5. Kindern. In diesem Fall wurde häufig eine Abtreibung in Erwägung gezogen.

ABLEHNUNG des KINDES durch die soziale UMWELT: Hier handelt es sich häufig um sehr junge Mütter, die das Kind austragen wollen, wobei der Kindsvater, die eigene Familie, der Freundeskreis und die soziale Umwelt gegen das Kind sind. Diese Frauen werden dann häufig von ihrer Umwelt nicht unterstützt. Es kommt zu einem Bruch mit den Eltern und dem Kindsvater, so daß die Mütter häufig in ein Heim ziehen müssen.

Die oben genannten umweltbedingten Schwierigkeiten und die zahlreichen sozialen Probleme führten zu großen psychischen Konflikten. Bei vielen Frauen wurden folgende Ängste mobilisiert: Sehr junge Mütter hatten Angst, die Beziehung zu ihren eigenen Müttern zu verlieren (was häufig auch eintraf). Andere hatten Angst, ihren Partner zu verlieren. Berufstätige Mütter hatten Angst, daß sie der doppelten Belastung von Familie und Beruf nicht mehr gerecht werden. Die labilen, ängstlichen, jungen und depressiven Mütter hatten zudem Angst, daß das Kind nicht gesund ist, daß es abgeht oder daß sie es mit dem Kind nicht schaffen würden. Einige Mütter befürchteten schon in der Schwangerschaft, daß das Kind sterben würde. Häufig spielten hier Angst vor der Aggressivität dem Kind gegenüber oder vor eigenen Todeswünschen eine Rolle. Diese Ängste wurden vor allem

dann aktualisiert, wenn die Frauen eine Abtreibung oder eine Frühgeburt oder Todesfälle in der Umgebung hatten und unbewußte oder bewußte Aggressionen gegen das Kind hatten. Einige dieser Ängste können zusammengefaßt werden als Angst vor Liebesverlust von seiten der Eltern, des Mannes oder von seiten des Kindes. Meist treffen äußere umweltbedingte Schwierigkeiten mit psychischen Konflikten zusammen, bedingen sich gegenseitig, und werden häufig erst durch ihr Zusammenwirken und die mangelnde Fähigkeit der Schwangeren sie zu bewältigen, pathogen. Die mangelnde Fähigkeit zur Konfliktbewältigung hat seine Ursachen in der häufig real ausgeweglosen Situation der Schwangeren, in ihren beschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen und in der fehlenden oder mangelnden Unterstützung des Kindsvaters und der übrigen sozialen Umwelt, d.h. der Eltern, Ärzte und Behörden, die die Schwangeren häufig mehr verunsicherten als beruhigten.

Auch die Mütter der Kontrollgruppe hatten, wenn auch nicht in der Summation, Ängste und Konflikte während der Schwangerschaft. Ihre soziale Situation war aber nie so ausgeweglos, sie waren stabiler und kompetenter im Umgang mit diesen Konflikten und wurden von ihrem Mann und der sozialen Umwelt unterstützt. Sie konnten sich deshalb mehr auf das Kind einstellen und sich auf die Geburt und das Kind vorbereiten.

Bei den betroffenen Müttern führte die Ausweglosigkeit dazu, daß die Einstellung zum Kind, wenn sie nicht schon von Beginn der Schwangerschaft negativ war, immer negativer wurde. Besonders dann, wenn die Schwangerschaft von folgenden Beschwerden begleitet war: Übelkeit, vorzeitige Wehen, drohende Frühgeburt. Die Belastungen und Beschwerden während der Schwangerschaft und die Einstellung zur Schwangerschaft der beiden Untersuchungsgruppen soll folgende Tabelle darstellen:

Schwangerschaft	belastet	Beschwerden	Risikoschwangerschaft
p.K.	66 %	42 %	22 %
KG	43 %	45 %	20 %

Einstellung	ungeplant	unerwünscht
p.K.	69 %	41 %
KG	21 %	7 %

Tab. 27 : Einstellung zur Schwangerschaft und Belastungen und Beschwerden während der Schwangerschaft

Die Summation der Probleme während der Schwangerschaft bei den betroffenen Müttern sollen wieder einige Fallbeispiele illustrieren:

- Fall 1: anstrengende Wohnungssuche, starke Depressionen, negative Erfahrungen mit Klinik (dreimal Geburt eingeleitet), ungeplante Schwangerschaft.
- Fall 2: Eine Fehlgeburt mit 15 Jahren, eine Abtreibung mit 16 Jahren, während der Schwangerschaft Freund im Gefängnis, keine Unterstützung von Eltern, weil diese gegen Freund, in 2 Kliniken eingeleitet, ungeplante Schwangerschaft.
- Fall 4: Eine Abtreibung mit 18 Jahren, ungeplante Schwangerschaft.
- Fall 7: Kindsvater unbekannt, viel Streit mit Mutter, diese war gegen das Kind, ungeplante und unerwünschte Schwangerschaft.
- Fall 9: mit Freund bei Eltern gewohnt, sehr anstrengende Berufstätigkeit, ungeplante und unerwünschte Schwangerschaft.
- Fall 12: Kündigung der Wohnung während der Schwangerschaft, während Schwangerschaft " von toten Kindern umgeben " (im gleichen Haus starb ein Säugling am p.K) ungeplante Schwangerschaft, somatische und psychische Symptome: Kopfschmerzen, Brechreiz, lustlos, Depressionen.
- Fall 13: Eine Fehlgeburt, ständig Angst, daß Kind abgeht, " kaum auf's Klo getraut ", im Geschäft viel Ärger, oft deprimiert.
- Fall 18: Zwei Abtreibungen, Kindsvater stritt Vaterschaft ab, große finanzielle Probleme.
- Fall 19: Scheidung während der Schwangerschaft, 2. Ehe zwei Wochen vor Geburt des Kindes.
- Fall 23: Mutter nur ein Bein, Schwangerschaft sehr problematisch, Schwiegereltern gegen Heirat, unverheiratet, Schwangerschaft ungeplant.
- Fall 25: Große finanzielle Probleme, Belastung durch Beruf, Haushalt und anderes Kind, ungeplante und unerwünschte Schwangerschaft, häufig Migräne.
- Fall 26: unverheiratet, ungeplant von amerikanischem Soldat schwanger, von der Mutter rausgeworfen, Arbeitsverhältnis aufgelöst, keine finanzielle Unterstützung.
- Fall 29: Akademikerin, durch Berufstätigkeit äußerst belastet, Schwangerschaft ungeplant und unerwünscht, somatische Symptome: Übelkeit, häufiges Erbrechen, keine Unterstützung vom Mann, dieser wenig zu Hause.

- Fall 33: Akademikerin, Belastung durch Berufstätigkeit und Versorgung von 3 Kindern, wenig Unterstützung vom Mann.
- Fall 35: finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme, Scheidungsabsichten während der Schwangerschaft, Mann Freundin, ungeplante und unerwünschte Schwangerschaft, 2 weitere Kinder, ein Kind unter einem Jahr Abstand zum anderen.
- Fall 37: wollte abtreiben lassen, vier weitere Kinder, Zwillinge unter einem Jahr Abstand zum verstorbenen Kind, große soziale Probleme und Partnerprobleme.
- Fall 39: 5. Schwangerschaft, alle Frühgeburten, ständige Abgangsgefahr, Cerclage, mußte monatelang liegen, soziale und finanzielle Probleme.

Auch in der Kontrollgruppe haben viele Mütter Beschwerden und zusätzliche Belastungen, wieder unterscheiden sie sich qualitativ und quantitativ. Nur in einem Fall lagen ähnliche Probleme vor wie in der p.K.- Gruppe:

Fall 84: große finanzielle Probleme, Scheidungsabsichten.

10.1.4.4. Geburt

Die Zeit vor, während und nach der Geburt ist für jede Frau eine große körperliche und psychische Belastung, verbunden mit vielen Ängsten.

Gerade die betroffenen Mütter bereiteten sich weniger auf die Geburt vor und erfuhren von dem Kindsvater und der eigenen Familie weniger Unterstützung als andere.

Auch das Personal in der Klinik zeigte häufig wenig Verständnis und Einfühlung bei auftauchenden Fragen und Ängsten, gaben häufig wenig Hilfen beim Stillen und unterstützten die Mütter zu wenig bei der Pflege des Kindes.

Diese fehlende oder mangelnde Unterstützung durch die soziale Umwelt hatte vor allem dann negative Auswirkungen, wenn folgende Probleme dazukamen: Geburtskomplikationen, Krankheiten des Säuglings, problematisches Verhalten des Säuglings (apathisches Gesamtverhalten, Trinkprobleme), Schwierigkeiten beim Stillen, Trennungen von Mutter und Kind.

Häufig reagierten die betroffenen Mütter mit schweren Wochenbettdepressionen, einem Gefühl der Hilflosigkeit und Ängsten, " es zu Hause nicht zu schaffen ".

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über Geburtstermin und Geburtsgewicht der p.K und der KG Gruppe.

Geburtstermin	termingerecht	zu früh (rd.3 Wo.)	zu spät (rd.1 Wo.)
p.K.	58 %	6 %	36 %
KG	63 %	15 %	16 %

Tab.: 28

Geburtsgewicht	≤2.000	2.000-3.000	3.000-4.000	4.000-5.000	Durchschnittl. Gewicht
p.K.	4 %	16 %	62 %	18 %	3474 g
KG	3 %	27 %	63 %	7 %	3122 g

Tab.: 29

Zwei Fälle:

- Fall 1: Geburt sehr genervt, völlig fertig, mehrmals eingeleitet und wieder nach Hause geschickt, übertragen, Probleme mit dem Stillen, zu Hause völlig fertig und nervös im Umgang mit dem Säugling.
- Fall 3: In 2 Kliniken eingeleitet, Depressionen nach der Geburt, traute sich Kind zu Hause oft nicht zu berühren.

10.1.4.5. Merkmale des Säuglings

Die verstorbenen Säuglinge unterschieden sich von den gesunden hinsichtlich folgender Merkmale: Ihr Verhalten wurde häufig als sehr ruhig oder äußerst unruhig beschrieben, d.h. entweder berichteten die Mütter, daß die Säuglinge ständig schliefen (am Tag fast 12 Stunden), oder sehr unruhig und quengelig, d.h. kaum zu beruhigen waren, nie schliefen, sehr schreckhaft auf Lärm reagierten usw. Viele Säuglinge hatten ein problematisches Eßverhalten, d.h. sie tranken sehr langsam und sehr wenig, brachen oft usw.

Die oben genannten Merkmale waren m.E. teils Reaktionen des Säuglings auf die umweltbedingten Stressoren und teils Begleiterscheinungen schwerer somatischer Krankheiten.

Interessanterweise unterschieden sich auch hier die beiden Gruppen hinsichtlich eines problematischen Merkmals nicht wesentlich, aber durch die Summation von schwierigen Merkmalen. Die folgende Tabelle soll eine Übersicht über die Merkmale der Säuglinge vermitteln:

Merkmale des Säuglings	Gesamtverhalten		Schlafverhalten		problematisch. Essverhalt.	somatische Symptome
	s. ruhig	s. lebhaft	s. viel	s. wenig		
p.K.	41 %	19 %	47 %	25 %	28 %	43 %
KG	28 %	40 %	15 %	10 %	18 %	38 %

Tab.: 30: Merkmale des Säuglings

Die Summation dieser problematischen Merkmale sollen wieder Fallbeispiele illustrieren:

- Fall 1: sehr unruhiges Gesamtverhalten, schläft sehr wenig, schreckhaft, problematisches Eßverhalten, auffälliges Atemverhalten (Apnoen, stöhnt häufig, röchelt), Lungenentzündung mit 2 Wochen.
- Fall 3: cerebrale Bewegungsstörung.
- Fall 15: Zwillinge, Apgar: 8, 10, 5, 42 Tage Krankenhaus (Beatungsmaschine), Gehirnblutung, Verdacht auf Wasserkopf, trank schlecht, sehr unruhig, epileptische Anfälle, rachitische Symptome.
- Fall 18: sehr unruhig, problematisches Eßverhalten, Soor, Mykose, Dermatitis, vegetativ übererregbar, schnauft schwer, Apnoe-Anfall im 3. Monat.
- Fall 22: ißt katastrophal schlecht, Gehirnschaden möglich.
- Fall 26: sehr unruhiges Gesamtverhalten, schrie ununterbrochen, Kind schlief kaum, höchstens eine Stunde pro Tag, problematisches Eßverhalten, mit 6 Wochen an Darmverschluß operiert.
- Fall 27: sehr unruhig, schläft höchstens eine Stunde tagsüber, Gehirnschaden, am Wasserkopf operiert, trinkt sehr schlecht.
- Fall 29: abnorm schreckhaft, schreit schrill, Krampfanfälle, Trinkschwierigkeiten.
- Fall 30: Kind schrie Tag und Nacht, problematisches Trinkverhalten, lief mehrmals blau an.
- Fall 35: sehr unruhig, Krampfanfälle, sehr schreckhaft.
- Fall 36: röchelte, spastische Bronchitis, motorisch retardiert, äußerst wetterfühl.

Überraschenderweise zeigten auch 8 Kontrollfälle Symptome wie: verstärkter Ikterus, Hypotonie, Koordinationsstörungen, Ohrenentzündungen, Schreckhaftigkeit, schlechtes Zunehmen usw.

10.1.4.2.6. Mutter Kind-Beziehung

Durch das Zusammenwirken folgender Umstände war die Beziehung zwischen Mutter und Kind häufig gestört:

- durch äußere Bedingungen wie: räumliche Trennungen von Mutter und Kind, ungünstige Wohnverhältnisse (laut, beengt),
- Bedingungen von Seiten der Mutter: Sie hatte selbst häufig zahlreiche soziale und psychologische Konflikte, die sie abhielten, die Bedürfnisse ihres Kindes wahrzunehmen, Persönlichkeitsmerkmale wie Depressivität, Hilflosigkeit, mangelnde Kontaktbereitschaft, mangelnde Intelligenz, mangelnde Eigenständigkeit, Individualität und Kompetenz in sozialen Situationen führten dazu, daß die betroffenen Mütter häufig wenig Einfühlung hatten.

Einfühlung	wenig	unauffällig	sehr
p.k.	45 %	39 %	16 %
KG	-	51 %	49 %

Tab.: 31

Andere Mütter nannten die Bedürfnisse des Kindes wahr, konnten aber durch die äußere Situation (Wohnung, Berufstätigkeit) oder durch Persönlichkeitsmerkmale wie Hilflosigkeit, Inkompetenz im Umgang mit Säuglingen, nicht adäquat auf das Kind reagieren. In anderen Fällen waren die Säuglinge ruhig und apathisch und äußerten ihre Bedürfnisse nicht, so daß die Mütter sie für " bedürfnislos " hielten oder sie waren so ruhig und durch nichts zu beruhigen, daß sich die Mütter keinen Rat mehr wußten.

Diese extremen Verhaltensweisen der ruhigen, apathischen Säuglinge und der unruhigen, quengeligen Säuglinge führten häufig bei den einen zur Unterstimulation, bei den anderen zur Überstimulation. Diese ruhigen Säuglinge, die den ganzen Tag schliefen, fanden sich häufig bei folgenden Müttern: berufstätigen Müttern, die völlig überlastet waren (besonders Bauersfrauen), depressiven Müttern, Müttern mit Kontaktängsten, Müttern, die den Säugling ablehnten, apathischen Müttern, die den Säugling liegen ließen.

Hier handelte es sich also häufig um Mütter, die nur eine unzureichende Beziehung zum Säugling aufbauen konnten, seine Bedürfnisse nicht wahrnehmen und nicht befriedigen konnten. Die Mütter von den quengeligen, unruhigen Kindern waren häufig nervös und unruhig. Sie lebten oft in beengten Wohnverhältnissen, waren selbst völlig fertig und wußten sich keinen Rat. Diese Kinder entwickelten häufig somatische Symptome, Eßprobleme und Schlafprobleme. In beiden Fällen schien sich das Verhalten von Mutter und Kind und die Interaktionen immer mehr zu polarisieren, d.h. vereinfacht gesagt: Mütter, die sich wegen Überlastung durch Arbeit oder sozialen und psychischen Konflikten zu wenig mit dem Kind beschäftigten, hatten häufig sehr ruhige Kinder. Unruhige, nervöse, ängstliche, labile Mütter hatten quengelige Kinder, die sie immer mehr überstimulierten.

Stimulation	Über-St.	Unter-St.	adäquat
p.K.	45 %	30 %	25 %
KG	14 %	6 %	80 %

Tab.: 32

Eine der ersten Interaktionen zwischen Mutter und Kind vollzieht sich in der Nahrungsaufnahme des Säuglings. Hier tauchten bei den betroffenen Müttern häufig große Probleme auf.

Sie waren entweder durch äußere Umstände wie räumliche Trennung von dem Kind, durch Merkmale der Mutter wie negative Einstellung zum Stillen, Kontaktängste, Hilflosigkeit, durch Merkmale des Kindes wie Trinkfaulheit, häufiges Verschlucken oder Brechen bedingt.

Diese genannten Probleme traten auch bei den Kontrollmüttern auf, diese hatten aber häufig die Fähigkeit, die Probleme zu überwinden und wurden mehr vom Pflegepersonal unterstützt.

Die folgende Tabelle zeigt, daß die betroffenen Mütter seltener stillten und auch nicht so lange:

Stillen	nicht gestillt	1 Woche	länger als 4 Wochen
p.K.	50 %	23 %	27 %
KG	26 %	24 %	49 %

Tab. 33: Art der Fütterung

Mehrere betroffene Mütter berichteten, daß zu Hause die Milch plötzlich weg war.

Einige schilderten die Situation zu Hause folgendermaßen:

" Die Milch war plötzlich weg. Ich wußte nicht, was ich tun sollte. Ich traute mich das Kind nicht anzufassen usw. "

Andere Mütter berichteten, daß die Kinder zu Hause immer weinten, nicht aßen, häufig brachen und immer wieder krank wurden. Zu diesen Problemen kamen die zahlreichen sozialen und psychologischen Konflikte, die auch die Mutter-Kind-Beziehung schwer belasteten.

Folgende pathogene Mutter-Kind-Beziehung (Klassifikation nach Spitz) fand ich in der p.K.-Gruppe häufig vor:

a) Unzureichende Mutter-Kind-Beziehung.

Hier handelte es sich um Beziehungen zwischen Mutter und Kind, die zu einem partiellen oder einem totalen Mangel an libidinöser Zufuhr führte. Auch hier sind die Ursachen umfangreich: Einerseits handelt es sich um die Trennung von Mutter und Kind durch Heimaufenthalt oder Krankenhausaufenthalt. In anderen Fällen waren die betroffenen Mütter so überlastet, daß sie nur die wichtigsten Pflegehandlungen nach einem Plan vollzogen und die übrige Zeit die Kinder schliefen.

b) Primäre unverhüllte Ablehnung.

Bei diesem Syndrom lehnten die Mütter die Schwangerschaft und das Kind völlig ab. Es handelt sich hier um die unerwünschten und ungeplanten Kinder. Die Ablehnung der Mutterschaft hatte meist ihren Ursprung in der Beziehung zum Kindsvater und zum eigenen Vater und Mutter. Auf die ablehnende Haltung vieler Mütter während der Schwangerschaft wurde schon hingewiesen. Einige lehnten das Kind so stark ab, daß sie es nach der Geburt weder sehen noch stillen wollten. Diese abgelehnten Kinder wurden meist von anderen Personen (Heimen, Großmüttern) gepflegt oder total vernachlässigt. In einigen Fällen hatten die Mütter unbewußte oder bewußte Todeswünsche.

c) Primär, ängstlich übertriebene Besorgnis und Feindseligkeit in Form von ängstlicher Besorgnis.

Diese Beziehung ist geprägt von der Überstimulation für " Mutter und Kind ". Das sind ängstliche, nervöse Mütter, die ihren Säugling ständig auf dem Arm haben und viel zu häufig füttern. Das überflüssige Nahrungsquantum überlastet den Verdauungstrakt, führt zu Unlustreaktionen, Schreien und Koliken. So entsteht ein circulus vitiosus - Mutter und Kind werden immer unruhiger und überfordern sich gegenseitig.

Die beschriebenen, gestörten Mutter-Kind-Beziehungen sollen wieder Fallbeispiele illustrieren:

- Fall 1: große soziale Probleme (ledig, Wohnungsprobleme, 1-Zimmer-App.), ungeplante Schwangerschaft, Belastung im Elternhaus, Kind schrie schon im Krankenhaus sehr viel, besonders nach dem Stillen, weil die Mutter zu wenig Milch hatte, bei der Nahrungsaufnahme war das Kind unruhig, nervös und sehr hektisch, brach das Getrunkene oft, das Kind schrie immer mehr, die Mutter war völlig fertig, weinte viel und bekam Depressionen, " ich bin beinahe wahnsinnig geworden ", mit 2 Wochen kam der Säugling wegen einer Lungenentzündung ins Krankenhaus, als er wieder zu Hause war, nahmen die Eßprobleme wieder zu, mit 3 Monaten starb das Kind.
- Fall 3: große soziale und psychologische Probleme, eine Abtreibung, eine Frühgeburt, bei Geburt 19 Jahre, Geburt dreimal eingeleitet, zu Hause Milch plötzlich weg, Depressionen, Hilflosigkeit im Umgang mit dem Kind, traute sich Kind häufig nicht zu berühren, (gab Kind 1. Mahlzeit um 1.00 Uhr mittags).
- Fall 4: große soziale und psychologische Probleme, verwahrloste Wohnung, eine Abtreibung, Schwester der Kindsmutter 4 Fehlgeburten.
- Fall 5: Bauersfrau! Total überlastet ! 3. Kind, Unterstimulation.
- Fall 6: große soziale Probleme, 20 Jahre. ledig, Kindsvater stritt Vaterschaft ab, unerwünschte Schwangerschaft, wohnte mit Kind in 12 qm großem Raum, nicht gestillt.
- Fall 7: große soziale und psychische Probleme, Kindsvater unbekannt, Mutter und Kind schlafen in 8 qm großem Raum bei Eltern der Mutter, Kind untertags in Krippe untergebracht, wird dann von der Großmutter versorgt. Die Großmutter berichtete: " Zuerst war ich total gegen das Kind, führte mich furchtbar auf. Es gab ständig Streit. Meine Tochter durfte es nie ins Bett bringen. Ich hatte immer das Gefühl, daß das Kind stirbt. Ich schaute nachts oft nach, ob es noch schnaufte."
- Fall 8: 5. Kind, total verwahrloste Familie, große soziale und psychologische Konflikte, Kindsmutter häufig mißhandelt, " kalt wie Hundeschnauze ", leben zu fünft in 11 qm großem Zimmer, Unterstimulation, Deprivation, ließ Kind nach der Geburt in der Klinik, obwohl es gesund war, als Kind starb, waren die Eltern mehrere Stunden beim Baden.

- Fall 12: Kindsmutter psychisch äußerst auffällig, Todeswünsche, zahlreiche Fehlleistungen (kaufte statt Taufkarten Trauerkarten, sagte statt Taufe Beerdigung), totale Überstimulation am Todestag (Wiesenbesuch- Hausparty), Kind 2 Monate !
- Fall 13: Kindsmutter große psychische Probleme, Depressionen, 1. Fehlgeburt, "kaum aufs Klo getraut", bei Geburt 19 Jahre, Probleme im Umgang mit dem Kind, brach oft, drehte Gesicht weg.
- Fall 14: große psychische Probleme, (Vater der Kindsmutter Selbstmord, Brandstiftung) Kindsmutter und Tochter in psychiatrischer Behandlung, Kindsmutter wirkt unreif, Kind schrie ständig, Mann hätte Kind am liebsten " derschmissen ", Mutter schlief im Keller, um es nicht zu hören.
- Fall 15: Nach 2 Fehlgeburten und einem Kind Zwillinge (bei einem Jahr Abstand zum vorherigen Kind), beide Zwillinge behindert (Gehirnschaden), 42 Tage Krankenhausaufenthalt, Versorgung der Kinder äußerst problematisch, Eltern der Mutter kamen von morgens bis abends täglich um zu helfen
- Fall 16: Kind starb nach der Trennung von den Eltern.
- Fall 18: große soziale und psychische Probleme. Kindsvater stritt Vaterschaft ab, zwei Abtreibungen, Schwangerschaft ungeplant und unerwünscht, Heimunterbringung, Krankenhausaufenthalt, Überstimulation, Mutter wenig Beziehung zum Kind, brachte Kind ganztägig in Krippe, obwohl nicht berufstätig, Ablehnung des Kindes.
- Fall 19: große soziale und psychische Belastungen, Kindsvater Alkoholiker, ständig Streit, " Kind wollte nicht mehr leben ".
- Fall 21: beide Akademiker, Kind ungeplant und unerwünscht, Überstimulation durch wechselnde Pflegepersonen, Eltern stellten sich wenig auf Kind ein, wenig auf das Kind bezogene Stimulation.
- Fall 23: Mutter ein Bein, sie konnte deshalb das Kind nie tragen, Unterstimulation.
- Fall 26: große soziale und psychische Probleme, Kind ungeplant und unerwünscht, schrie ununterbrochen, Probleme mit Schlafen und Essen, Krankenhausaufenthalt, Überstimulation.
- Fall 27: Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt.
- Fall 29: Akademiker, ungeplant, unerwünscht, zweites Kind, wenig Zeit für das Kind, Ablehnung der Kinder, wollte erstes Kind nach der Geburt nicht sehen.
- Fall 30: Kind schrie Tag und Nacht, 5. Kind, Familie völlig hilflos.
- Fall 31: Akademiker, Kindsmutter wirkt äußerst aggressiv, Kind von mehreren Personen gepflegt.
- Fall 32: Akademiker, Überstimulation, starke Ablehnung des Kindes.

- Fall 34: große psychische Probleme (Depressionen, Zwänge), Kind schlief von Mahlzeit zu Mahlzeit, Unterstimulation.
- Fall 36: 5. Kind, große soziale und psychische Probleme, wollte Kind abtreiben lassen, Krankenhausaufenthalt, Unterstimulation.
- Fall 37: große soziale und psychologische Probleme, völlig verwahrloste Wohnung, Kind von Großmutter ("Müllsau") und Eltern (Bardame, Zuhälter) wechselnd versorgt. Kind von Eltern abgelehnt.
- Fall 38: große soziale und psychologische Belastungen, vier Fehlgeburten.
- Fall 39: 5. Kind, Eltern wußten, daß Kind stirbt, religiöser Wahn, große soziale und psychologische Belastungen, Ablehnung des Kindes, Vernachlässigung, Todeswunsch.

10.1.4.7. Zusammenfassung der sozialen und psychologischen Begleitumstände

Aus raumökonomischen Gründen sollten nicht die Unterschiede zwischen der p.K.-Gruppe und der KG hinsichtlich aller untersuchten Merkmale dargestellt werden. Eine knappe Übersicht zeigt folgende Tabelle. Sie zeigt die prozentuale Verteilung der untersuchten Merkmale, z.B. Merkmal "schmutzige Wohnung". Von allen schmutzigen Wohnungen befanden sich 92 % in der p.K.-Gruppe und 8 % in der KG-Gruppe.

MERKMAL	prozentualer Anteil in der p.K.-Gruppe
Abstand zum vorherigen Kind rd. ein Jahr	100 %
schmutzige Wohnverhältnisse	92 %
soziale Schicht III	91 %
Überstimulation	88 %
wenig einfühlsame Mutter	83 %
Unterstimulation	83 %
Mutter unehelich geboren	83 %
unverheiratet	82 %
unerwünschte Schwangerschaft	82 %
sonstige Belastungen der Kindsmutter	81 %
enge Symbiose mit Mutter	80 %
labil	80 %
Geburtsrang 5	80 %
belastete Beziehung zum Partner	79 %
laute Wohnung	76 %
ungeplante Schwangerschaft	76 %
andere Belastungen	75 %
schläft viel	74 %
Mutter depressiv	75 %
finanzielle Probleme	73 %
beengte Wohnverhältnisse	73 %
somatische Symptome der Kindsmutter	72 %
abrupte Trennung vom Elternhaus (Kindsmutter)	71 %
schläft wenig	69 %
Geburtstermin zu spät	68 %
ungünstige Unterbringung des Kindes	68 %

MERKMAL	prozentualer Anteil in der p.K.-Gruppe
wenig Kontakt im 1. Monat	67 %
labile Mutter	67 %
Kind sehr ruhig	65 %
Ablehnung der Kindsmutter	64 %
geheiratet während der Schwangerschaft	63 %
Beziehung zu anderen Kindern belastet	61 %
problematisches Eßverhalten	61 %
Komplikationen bei der Geburt	56 %
wenig Kontakt nach Geburt	53 %
belastend empfundener Zustand wäh- rend der Schwangerschaft	58 %
Belastungen im Elternhaus	54 %
somatische Symptome	52 %
Risikoschwangerschaft	50 %
Schwangerschaftsbeschwerden	47 %
viel Kontakt nach Geburt	30 %
sehr lebhaft	30 %
zu früh geboren	25 %
sehr einfühlsam	24 %
sehr gute Partnerbeziehung	0 %

Aufgrund dieser Tabelle und aufgrund der vorher beschriebenen Ergebnisse der Untersuchung, versuchte ich nun die Akkumulation von Belastungen festzustellen. Hierzu summierte ich nun bei jedem p.K.-Fall und KG-Fall folgende Belastungen (jede Belastung ein Punkt)

Kindheit der Mutter: unehelich, Ablehnung der Mutter, zu enge Symbiose mit Mutter, abrupte Trennung vom Elternhaus, broken home, belastete Beziehung zum Vater, Anzahl der sonstigen Belastungen: (Alkoholismus, Tod, Psychosen, Vernachlässigung, Heimaufenthalt, Mißhandlungen).

Soziale Situation: Alter der Mutter , 21 Jahre bei der Geburt, 5. Kind, Abstand zum vorherigen Kind ein Jahr, ungünstige Familienverhältnisse (unehelich, geschieden usw.), beengte, laute, schmutzige, ungünstige Wohnverhältnisse, Ausländer.

Schwangerschaft: ungeplant, unerwünscht.

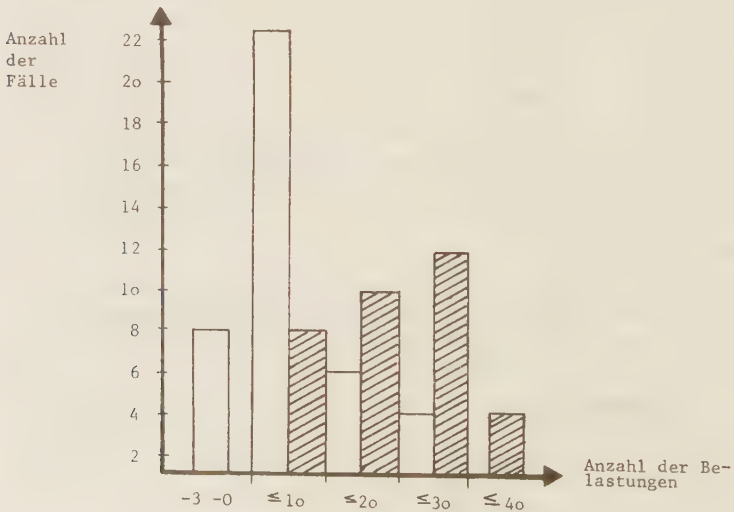
Belastungen der Mutter: finanzielle Probleme, belastete Beziehung zum Kindsvater, belastete Beziehung zu anderen Kindern, mitmenschliche Konflikte, Umzug, depressive Symptome, labil, somatische Symptome, Angst vor Frühgeburt, Kriminalität.

Geburt: übertragen, Komplikationen, wenig Kontakt.

Merkmale des Kindes: unruhig oder sehr ruhig, problematisches Eßverhalten, schläft sehr viel oder sehr wenig, Zahl der somatischen Symptome.

Interaktionen von Mutter und Kind: nicht gestillt, Heim- oder Krankenhausaufenthalt, Mutter wenig einfühlsam, Über- oder Unterstimulation.

Von der Summe der Risikopunkte zog ich nun einen Punkt ab, wenn die Beziehung zum Partner sehr gut war, die Mutter sehr einfühlsam war oder eine sehr gute Beziehung zum Kind hatte. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse. Auch hier ergeben sich Verzerrungen, weil bei der Untersuchungsgruppe viele Informationen fehlten. Trotzdem zeigen sich deutliche Tendenzen: Die Untersuchungsgruppe unterscheidet sich von der KG sowohl durch die größere Anzahl von Belastungen, als auch durch das Fehlen von positiven Faktoren



Tab. 34: Anzahl der Belastungen in der p.K.-Gruppe (schraffiert) und in der K.G.-Gruppe (weiß)

Fallgeschichten:

Zur Illustration dieser Tabelle und zur Veranschaulichung des oben Gesagten möchte ich nun einen Fall aus jeder Gruppe darstellen - den Fall mit den meisten Risikopunkten (40) und den Fall ohne Risikopunkte aber mit 3 Pluspunkten:

Fall 36: Walter L., geb. 27.7.1977 - verstorben 22.11.1978
Alter der Mutter 29 Jahre
Beruf: Hausfrau
Beruf des Vaters: Hilfsarbeiter.

Fundsituation:

Frau L.'s Tochter fand ihren Bruder gegen 7.00 Uhr im gemeinsamen Kinderzimmer tot auf. Der Säugling lag auf dem Bauch und verkroch sich völlig in seinem Schlafsack.

Familiäre Situation:

Die familiären Verhältnisse dieser Familie sind besonders tragisch. Die Verflechtung sozialer und psychologischer Belastungen treten hier besonders deutlich hervor.

Ich möchte zuerst die Kindheit von Frau und Herrn L. kurz darstellen und den Verlauf der Ehe knapp schildern.

Frau L. ist Schottin. Sie ist das älteste von 5 Kindern. Als Frau L. 9 Jahre alt war " lief die Mutter über Nacht weg und ich sah sie nie wieder." Die Kinder wurden zuerst 1 1/2 Jahre von der Großmutter versorgt und dann kümmerte sich Frau L. um ihre Geschwister. " Ich ersetzte mit 11 Jahren die Mutter. Ich kochte, wusch, versorgte den Haushalt und mußte immer arbeiten. Als meine Geschwister allein bleiben konnten, ging ich in die Fabrik." Mit 20 Jahren lernte Frau L. ihren Mann kennen, einen deutschen Seemann.

Frau L. ging mit ihrem Mann nach Deutschland, lebte mit diesem bei ihrer Schwiegermutter und bekam mit 22 Jahren ihr 1. Kind und mit 24 Jahren ihr 2. Kind. Mit 28 Jahren brachte Frau L. Zwillinge zur Welt. Die Zwillinge wurden 6 Wochen vor dem Termin geboren. Die Familie L. bezog nun mit den 4 Kindern eine 3-Zimmer-Wohnung in München Ost. Das Leben in der kleinen Wohnung, finanzielle Probleme, Sprachschwierigkeiten und die Versorgung der 4 Kinder - besonders der Zwillinge - waren für Frau L. sehr belastend. Einer von den Zwillingen hatte öfter Bronchitis. Mit 6 Wochen war er deshalb 4 Wochen im Krankenhaus und mit 9 Monaten auch. Außerdem waren die Zwillinge in ihrer motorischen Entwicklung retardiert. Sie lernten erst sehr spät laufen, mit ca. 19 Monaten, da sie sehr ängstlich waren.

Wenige Monate nach der Geburt der Zwillinge wurde Frau L. wieder schwanger. Frau L. wollte abtreiben lassen, entschied sich aber dann doch für das Kind. Unter den oben genannten Umständen war die

Schwangerschaft sehr anstrengend, verlief aber ohne Komplikationen. Die Geburt wurde eingeleitet und verlief ohne Risiko. Der Säugling wog 4.300 g und hatte die Apgar-Werte: 8,9,9. Nach der Geburt hatte das Kind mit dem Atmen Schwierigkeiten und kam deshalb 5 Tage in eine andere Klinik.

Frau L. wurde einen Tag nach der Geburt sterilisiert. Wegen der Operation und der Trennung vom Kind konnte Frau L. ihr Kind nicht zum Stillen anlegen und die Milch blieb nach 2 Tagen aus. Die Untersuchungen ergaben, daß das Kind völlig gesund war. Zu Hause entwickelte sich Walter gut, er war brav und wurde nach einem strengen Zeitplan versorgt. Schlieft das Kind, wurde es zu den Zeiten aufgeweckt, weinte es, mußte es trotzdem warten. Der Säugling schlief untertags 6-8 Stunden und durfte abends ins Wohnzimmer, daß er nachts durchschläft. Frau L. ging regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen (Untersuchungsheft liegt vor). Hier wurde nichts Auffälliges festgestellt. " Walter hat nur den Kopf immer komisch nach hinten gehalten." Im 6. Monat hatte er eine spastische Bronchitis. Frau L. fiel auch auf, daß Walter nicht normal atmete und oft röchelte. Als Walter 6 Monate war, zog die Familie um. Die Wohnung liegt in München-Nord in einem verwahrlosten Wohnblock. Das Wohnhaus ist äußerst schmutzig, das Treppenhaus ist verkommen. Die Wohnung von Frau L. ist auch unaufgeräumt und ungepflegt. Sie besteht aus 2 Wohnungen. Eine Wohnung - Küche und Wohnzimmer und über dem Treppenhaus 3 weitere Zimmer.

Walter war mit seiner Schwester über dem Treppenhaus untergebracht. Nach Aussage von Frau L. war Walter meist bei ihr in der Wohnung und wurde zum Schlafen übergebracht. Kurz nach dem Umzug bekam der Säugling (7-8 Monate alt) wieder Bronchitis. Verglichen mit seinen Geschwistern entwickelte sich Walter sehr langsam, mit 3 Monaten hat er das 1. Mal gelacht, auch die motorische Entwicklung war retardiert. Außerdem fremdelte Walter sehr stark " er ging nur zu seiner Mutter und war wetterfühlilig." Manchmal schwitzte er furchtbar, vor allem in Bauchlage hat er sehr viel geschwitzt. Neben der Bronchitis hatte Walter öfter Schnupfen und Husten und röchelte manchmal. Zwei Wochen bevor er starb, war er erkältet.

Die Probleme der Familie L. vergrößerten sich immer mehr. Seit August 1978 bis März 1979 war Herr L. arbeitslos. Da er auch nicht auf das Arbeitsamt gehen wollte, lebte die Familie von dem Kindergeld. Mit den übrigen Hausbewohnern gab es ständig Streit, die Kinder wurden mehrere Male von den Nachbarkindern verprügelt. Die Tage bevor Walter starb, wohnte ein Freund von Herrn L. mit seinem 6 Monate alten Säugling bei der Familie.

Walter wurde am 22.11.78 von seiner Schwester tot aufgefunden. Es

war ein Schock für die ganze Familie. Die Schwester ging nicht mehr in ihr Zimmer und weinte viel, worauf sie von einem Kinderarzt mit Valium behandelt wurde.

Herr L., der schon immer sehr viel trank, betrinkt sich nun fast jeden Abend, wird darauf depressiv und weint meist den ganzen Abend. Außerdem leidet er unter Einschlafstörungen, bekommt nachts häufig Herzbeschwerden, "es sticht und er kriegt keine Luft."

Die Zwillinge - inzwischen 3 Jahre alt - wären im Januar beinahe beide verbrannt. Sie entfachten in ihrem Zimmer ein Feuer und nur zufällig roch Frau L. den Qualm in ihrer Wohnung.

Die beiden älteren Kinder von Frau L. besuchen nach der Schule einen Hort, die Zwillinge gehen ganztags in den Kindergarten.

Frau L. ist nicht berufstätig und den ganzen Tag alleine. Sie wirkt sehr depressiv, weinte fast während des ganzen Gesprächs, sieht "den Umzug" als Quelle allen Unheils und ist völlig hilflos. Vor allem wegen ihres Mannes macht sie sich große Sorgen. Sie meint, daß er schwer krank sei und Alkohol trinkt, um weinen zu können, zum Arzt will er nicht. "Mein Mann ist 26 Jahre und hat auch schon viel hinter sich. Seine Eltern ließen sich scheiden, als dieser 3 Jahre alt war. Er wurde dann Seemann. Jetzt ist er Hilfsarbeiter und meist arbeitslos."

Fall 76: Silvia W. geb. 15.10.1978

Alter der Mutter: 28 Jahre

Beruf: Hausfrau, früher Büroangestellte, erledigt stundenweise Büroarbeit.

Beruf des Vaters: Ingenieur

Familiäre Situation:

Die Eltern von Frau W. sind verheiratet. Ihre Jugend beschreibt Frau W. als schön, ohne Belastungen, von ihren Eltern fühlte sie sich akzeptiert. 1972 heirateten Herr und Frau W. Sie bewohnen ein Doppelhaus mit Garten, wobei die eine Haushälfte die Mutter von Frau W. bewohnt. Das Haus ist ruhig, sehr gepflegt und umgeben von einem großen Garten. Frau W. erledigt stundenweise Büroarbeit für ihren Mann, in der Zeit versorgt ihre Mutter den Haushalt und das Kind.

Die Beziehung zu ihrem Partner beschreibt Frau W. als günstig. Auch er wollte ein Kind haben, verhielt sich während der Schwangerschaft sehr mitfühlend und ging auf seine Frau ein. Die Schwangerschaft war von beiden Elternteilen geplant und erwünscht. Frau W. bereitete sich mit Schwangerschaftsgymnastik auf die Geburt vor und richtete Wäsche für das Kind her. Mit Ausnahme von Blutungen vor der Geburt aufgrund einer Spiegelung verlief die Schwangerschaft ohne Beschwerden und

Belastungen. Die Geburt war termingerecht und ohne Komplikationen. Der Säugling wog 3.900 g und hatte die Apgar¹-Werte: 8,9,10. Nach der Geburt hatte Frau W. gleich Kontakt zu ihrem Kind und durfte ihn eine halbe Stunde bei sich behalten. In der Klinik bekam Frau W. das Kind 5 mal eine halbe Stunde. Zu Hause entwickelte sich der Säugling sehr gut, er ist sehr lebhaft und lustig, isst sehr gut und war noch nie krank. Die Familie stellt sich sehr auf das Kind ein, Vater und Mutter spielen viel mit dem Kind und gehen oft mit ihm spazieren. Für die gesunde Entwicklung ihres Kindes hält es Frau W. wichtig, daß

- das Kind bei den Eltern bzw. in der Großfamilie aufwächst,
- daß sie viel Zeit für das Kind hat und es geistig fördert.

10.1.4.8 Todesumstände

Hier ließen sich viele Faktoren der Todesumstände bestätigen, die in der Literatur beschrieben werden:

- alle Kinder starben im Schlaf
- 84 % in Bauchlage
- die Hälfte der Kinder war überdeckt
- 29 % zeigten vor dem Tod leichte Symptome wie Schnupfen, Appetitlosigkeit
- ein Viertel der Säuglinge starb nach oder während einer längeren Trennung von der Mutter
- es starben 27 Buben und 25 Mädchen
- eine Auflistung der Sterbetage nach Wochentagen zeigte eine deutliche Häufung der Todesfälle um das Wochenende, 50 % starben am Freitag/Samstag
- der Altersgipfel liegt eindeutig um den 3. Lebensmonat.

Einige plötzliche Kindstodfälle ereigneten sich nach besonders tragischen Ereignissen, andere infolge unglücklicher Umstände. Um die Verschiedenartigkeit der Todesumstände zu veranschaulichen, einige Fallbeispiele:

- Fall 8: sehr heißer Tag, Kind mehrere Stunden alleine gelassen, überdeckt aufgefunden.
- Fall 10: gegen Willen von Mutter am 5. Tage nach der Geburt wegen Gelbsucht in Inkubator: Säugling im Inkubator von 10.30 bis 13.30 Uhr unbeaufsichtigt.
- Fall 12: mit 6 Wochen altem Kind nachmittags auf Oktoberfest, dann Hausparty abends, Eltern bei Todeseintritt nicht erreichbar.

- Fall 14: Kind total eingewickelt, Kopfkissen darüber.
- Fall 16: Kind starb nach Trennung von den Eltern (Urlaub)
in Decke eingerollt.
- Fall 21: Kind starb am Balkon, hier stand es mehrere Stunden
lang, die Eltern schliefen im Schlafzimmer.
- Fall 28: Kind starb einen Tag bevor die Familie ihre Wohnung
zwangsweise räumen mußte.
- Fall 31: Säugling lag im Winter 4 Stunden im Garten, teil-
weise unbeaufsichtigt.
- Fall 35: Kindsmutter besuchte mit 2 Monate altem Säugling,
der 40^o Fieber hatte, mit einem Bus den Freund.
- Fall 36: Säugling in anderer Wohnung, keine Kontaktmöglichkeit.
- Fall 39: Bett des Säuglings zusammengebrochen, völlig undurch-
sichtiger Fall.
- Fall 42: Kind war alleine als es gestorben ist.
- Fall 44: in Nacht als Kind starb: Kindsvater verließ Familie mit
einer anderen Frau.
- Fall 50: ein Monat alter Säugling starb im heißen Auto (40^o) in
Tragetasche auf dem Rücksitz, alle Fenster waren zu, er
war allein im Auto.
- Fall 53: Heim für Mutter und Kind, Kindsmutter die ganze Nacht weg,
Kind um 13.00 Uhr tot aufgefunden.

10.1.4.9. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

- (1) Eine Analyse der p.K.-Fälle zeigt, daß der plötzliche Kindstod ein heterogener Begriff ist, sowohl Begleitumstände, Ursachen und Anlässe des Todes sind unterschiedlich, führen aber zu einem phänomenologisch ähnlichen Bild: Der Tod tritt scheinbar plötzlich und unerwartet ein.
- (2) Durch das Erfassen der sozialen und psychologischen Anamnese und Situation der Familie, in denen die Kinder starben, hat man den Eindruck, daß der Tod des Kindes weder unerwartet noch plötzlich ist, sondern eine von vielen möglichen Reaktionen des Säuglings auf eine Anzahl von Belastungen.
- (3) Die p.K. lassen sich in mehrere Gruppen einteilen:
 1. Gruppe: Kinder mit somatischen Symptomen, die in einer relativ unauffälligen Familie lebten.
 2. Gruppe: labile Kinder oder Kinder mit somatischen Symptomen, die in einer Familie lebten, die große soziale und/oder psychologische Belastungen hatten.
 3. Gruppe: Kinder, die in einer Familie lebten, die so große soziale und psychologische Belastungen hatte, daß der Säugling Urvertrauen, Freude am Leben, Wille zum Leben und Überlebensstrategien nicht entwickeln konnte.
 4. Gruppe: Kinder, die vor dem Todeseintritt von mannigfaltigen Streßfaktoren überflutet wurden.

(4) Von wenigen Fällen abgesehen, gehören die meisten plötzlichen Kindstodfälle der 2. und 3. Gruppe an. Deshalb sollen die sozialen und psychologischen Belastungen der Familien kurz dargestellt und ihre Bedeutung für den Tod des Kindes aufgezeigt werden.

Die Hälfte der untersuchten Familien lebten in äußerst ungünstigen sozialen Verhältnissen: niedrige soziale Schicht, beengte Wohnverhältnisse, finanzielle Probleme, ungünstige Familienverhältnisse (unehelich, geschieden).

Fast alle betroffenen Mütter hatten große psychische Belastungen wie eine belastete Beziehung zum Elternhaus, konfliktreiche Partnerbeziehung, Ängste und Depressionen.

Diese sozialen und psychologischen Belastungen führten bei den Kindsmüttern häufig dazu, daß ihre Grundbedürfnisse nach sozialer Sicherheit, Geborgenheit und Liebe im Elternhaus und in einer Partnerbeziehung nicht befriedigt wurden. Die Deprivation der Grundbedürfnisse der Kindsmutter hatten häufig zur Folge, daß sie selbst noch " kindliche Bedürfnisse " hatte und deshalb die Rolle der Mutter, d.h. Schwangerschaft, Geburt, Pflege und Fürsorge des Säuglings nicht übernehmen konnte.

Deshalb war schon die Schwangerschaft bei den betroffenen Müttern häufig ungeplant und unerwünscht. Folgende Belastungen kamen noch dazu: Die jungen Mütter wurden häufig von Familie und/oder Freund verlassen, finanzielle Sorgen vergrößerten sich und Wohnungsprobleme traten auf. Auf diese Konflikte reagierten die Schwangeren häufig mit Ängsten, Beschwerden, Süchten - immer mehr stellte sich das Gefühl der Hilflosigkeit ein. Schon in der Schwangerschaft hatten diese Konflikte unter Umständen negative Auswirkungen auf das Kind.

Merkmale und Probleme der Kindsmütter führten dazu, daß sie die Bedürfnisse des Säuglings häufig nicht richtig wahrnahmen, nicht adäquat interpretierten und nicht befriedigen konnten.

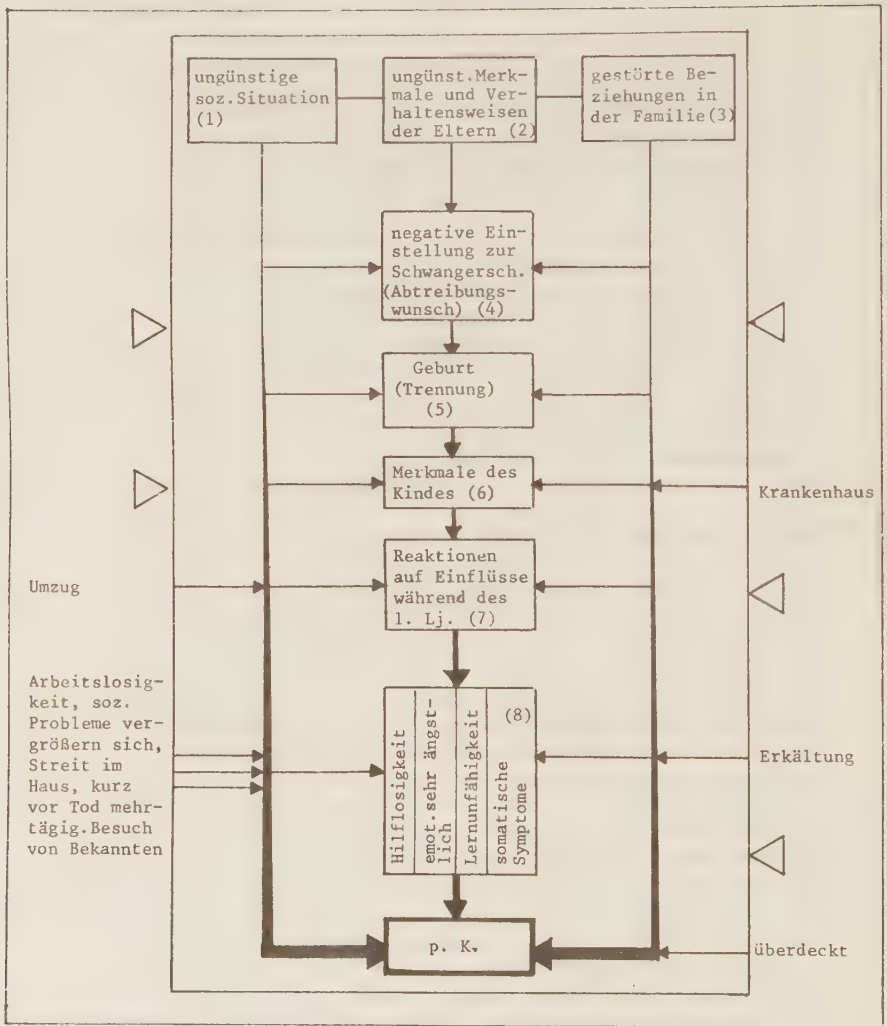
Die Säuglinge reagierten auf das Verhalten der Mütter entweder somatisch oder entwickelten folgende Verhaltensauffälligkeiten: Sie wurden sehr ruhig bzw. apathisch oder quengelig, zeigten problematisches Eß- und Schlafverhalten usw.

Auf diese Merkmale und Verhaltensweisen reagierten die Mütter meist hilflos und entwickelten keine zureichende und geeignete Beziehung zum Kind.

Bei den Säuglingen entstanden so, aufgrund einer unzureichenden oder ungeeigneten Beziehung zur Mutter, Ängste und schwere somatische und psychische Störungen, sie konnten deshalb nicht lernen, sich mit der Umwelt wirkungsvoll auseinanderzusetzen und Strategien zum Überleben nicht erwerben. Wurde der Säugling nun in einem physiologisch und psychologisch labilen Alter von Stressoren (wie Erkältung, REM-Schlaf, Druck durch Bettzeug usw.) überflutet, reagierte er auf Grund " mangelnder Kompetenz ", Hilflosigkeit, oder aufgrund somatischer Symptome mit dem Tod.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den im theoretischen Teil dargestellten negativen Entwicklungsbedingungen, so zeigen sich große Parallelen.

Zur Veranschaulichung und Zusammenfassung der Ergebnisse soll Fall 36 (siehe S. 142-144) in dem im theoretischen Teil eingeführten Entwicklungsmodell (siehe S. 113) dargestellt werden.



Tab. 35: Darstellung eines p.K. (Fall 36) in dem im theoretischen Teil eingeführten Entwicklungsmodell (Tab. 17)

Anmerkungen zur Tab.: 35

(1) SOZIALE SITUATION:

Beruf des Vaters: Hilfsarbeiter, häufig arbeitslos.

Soziale Schicht III: Sozialhilfeempfänger, unterdurchschnittlicher Lebensstandard, große finanzielle Probleme.

Ungünstige Wohnverhältnisse: sehr schmutzig, Mutter und Kind waren in 2 Wohnungen untergebracht.

Geburtsrang: 5. Kind

(2) MERKMALE der MUTTER: labil, depressiv, hilflos, äußerst ungünstige Kindheit, hilflos im Umgang mit den Kindern.

Belastungen: soziale Isolation, Diskrimination, Sprachschwierigkeiten (Frau L. ist Schottin) Versorgung der 4 Kinder.

Merkmale des Vaters: depressiv, psychosomatische Beschwerden, Alkoholiker

(3) wenig Beziehung zum Mann, reden kaum miteinander.

Problem: Alkohol

(4) negative Einstellung zur Schwangerschaft, Abtreibungsabsichten.

(5) nach der Geburt 5 Tage Trennung, Kind Apnoen.

(6) Apnoen, hielt Kopf nach hinten.

(7)+(8) spastische Bronchitis, atmete nicht normal, röchelte oft, nach Umzug wieder Bronchitis, entwickelte sich langsam, motorische Entwicklung retardiert, wetterfühlilig, fremdelte sehr stark.

(9) Ein paar Tage bevor Kind starb, lebte Bekannter mit Säugling bei der Familie.

1o.2. Zweite Untersuchung (1979)

1o.2.1. Ziele

Ziel dieser Untersuchung ist die Überprüfung der Ergebnisse der ersten Untersuchung an einer weiteren Untersuchungsgruppe. Ein weiteres Ziel ist das Finden von Zusammenhängen zwischen den untersuchten Faktoren durch eine Diskriminanzanalyse und eine Clusteranalyse.

Ein weiteres Ziel ist die Verbesserung der methodischen Qualität der Untersuchung durch : möglichst vielseitige Information über jeden Fall der Untersuchungsgruppe, Parallelisieren der Kontrollgruppe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit, Objektivieren der Auswertung der Ergebnisse.

1o.2.2. Vorgehensweise

1o.2.2.1. Untersuchungsgruppe

Der zweiten Untersuchung liegen insgesamt 58 p.K. aus dem Jahre 1979 zugrunde. Bis auf zwei Fälle wurden alle am Institut für Rechtsmedizin in München seziert. Zwölf von den angeschriebenen Familien waren zu einem persönlichen Gespräch nicht bereit. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Datenerhebung in der Untersuchungsgruppe :

Interview mit der Mutter	Interview mit Mutter und anderen	Interview mit and. Familienmitgl./	kein Interview	insgesamt
26 (47 %)	16 (27 %)	3 (5 %)	13 (21 %)	58 (100 %)

Tab. 36: Art der Datenerhebung in der Untersuchungsgruppe (p.K.)

Neben dem Interview wurden die Daten aus folgenden Quellen erhoben: aus den Akten des Gerichtsmedizinischen Instituts, aus Akten und Polizeiberichten, die in den Gerichten vorlagen und aus Informationen vom Gesundheitsamt. Es wurden sowohl die schriftlichen Berichte über Schwangerschaftsberatung und über die Besuche nach der Entbindung berücksichtigt, als auch mündliche Angaben der Säuglingsschwestern zu den jeweiligen Familien.

10.2.2.2. Kontrollgruppe

Die Wahl der Kontrollgruppe erfolgte nach zwei Gesichtspunkten. Nach dem Zufallsprinzip wurden 60 Mütter angeschrieben (die Adressen stammen vom Einwohnermeldeamt), die ein gesundes Kind hatten, das dem Alter der verstorbenen Kinder entsprach. Mit 24 Müttern wurden persönliche Gespräche geführt. Bei 2 Kontrollfällen handelte es sich um Zwillingsgeschwister von verstorbenen p.K. Außerdem wurden 10 uneheliche Mütter interviewt. Die Adressen dieser Mütter stammen zum Teil vom Gesundheitsamt München, zum Teil vom Gesundheitsamt Rosenheim und zum Teil von einem Heim für Mutter und Kind. Durch die Wahl dieser Kontrollgruppe sollte eine Parallelisierung nach sozialer Schicht und damit ähnlicher Probleme (Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme, Partnerprobleme) erfolgen.

10.2.2.3. Auswertung

Die Auswertung erfolgte in Zusammenarbeit mit einem Arzt und einem Diplompsychologen. Der Auswertungsbogen wurde zuerst gemeinsam noch einmal überarbeitet, ergänzt und erweitert (siehe Anhang).

Zu den neuen Variablen, deren Beurteilung subjektiven Kriterien unterliegt, sei folgendes angemerkt:

WOHNVERHÄLTNISSE: räumlicher Kontakt zwischen Mutter und Kind günstig: wenn Kontakt zwischen Mutter und Kind räumlich möglich ist, ungünstig: wenn adäquate Kommunikation zwischen Mutter und Kind räumlich nicht möglich ist (Trennung, sehr beengte Wohnverhältnisse.)

MÖGLICHKEITEN der sozialen KONTAKTAUFNAHME:
negativ: Krankheiten, Trennungen, wenig Kontakt zwischen Mutter und Kind.

BELASTETE MUTTER-KIND-BEZIEHUNG: unerwünschtes Kind, viel Streit, nicht im Elternhaus aufgewachsen.

INTERESSE am KIND von seiten des VATERS: Sorge um das Kind, Freude am Kind, Vater beschäftigt sich mit dem Kind.

Die Beurteilungskriterien der anderen klassifizierten Variablen sollen hier nicht näher beschrieben, sondern aufgrund von Fallbeispielen illustriert werden.

Hier sei darauf verwiesen, daß bei der Auswertung der Fälle meist große Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bestand, wenn

nicht, entschied die Mehrheit. Die Auswertung der klassifizierten Variablen erfolgte mit Kontingenztafeln, teilweise auch mit Histogrammen. Die wichtigsten Ergebnisse sollen dargestellt werden.

10.2.3. Darstellung der zweiten Untersuchungsergebnisse (1979)

10.2.3.1. Soziale Begleitumstände

10.2.3.1.1. Alter der Mutter und Geburtsrang des Kindes

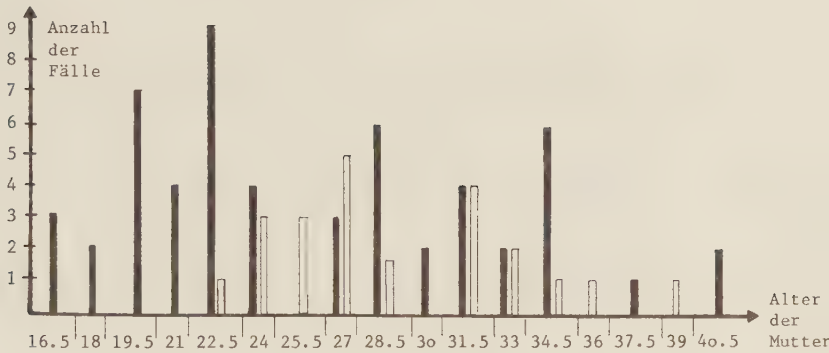
Ein Vergleich der p.K.-Gruppe mit den beiden Kontrollgruppen (KG2 parallelisiert nach Unehelichkeit) zeigt die folgende Tabelle. Wieder bestätigte sich der hohe Anteil junger Mütter, 21 % der betroffenen Mütter sind 20 Jahre oder jünger.

Alter der Mutter	p.K.	KG (1)	KG (2)	Summe
Durchschnittsalter	26	29	22	
≤ 20 J	12	-	5	17
21 J ≤ 24 J	17	4	2	23
25 J ≤ 29 J	10	11	2	23
30 J ≤ 34 J	12	6	0	18
älter	5	3	1	9
	56	24	10	

Tab. 37

p < (0.01)

Interessant ist hier auch die Darstellung des Alters in dem Histogramm. Deutlich zeigt sich auch hier, daß die betroffenen Mütter zum großen Teil jünger sind als die KG-Mütter (KG1). Auch im Bereich ab 34,5 Jahren zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.



Tab. 38: Histogramm / Alter der Mutter p.K (schwarz), KG1(weiß)

Einen Vergleich der p.K. mit der KG (in Klammern) hinsichtlich Alter der Mutter, verbunden mit Geburtsrang des Kindes zeigt die folgende Tabelle:

Alter der Mutter	Geburtsrang						Summe
	1	2	3	4	5	6	
≤ 20 J	10 (-)	1 (-)	1 (-)				12 (-)
21 ≤ 24 J	7 (4)	5 (-)	5 (-)				17 (4)
25 ≤ 29 J	2 (8)	3 (2)	3 (-)	1 (-)		1 (1)	10 (11)
30 ≤ 34 J	1 (5)	6 (1)	4 (-)		1 (-)		12 (6)
älter	0 (3)	2 (-)	2 (-)		1 (-)		5 (3)
Summe	20 (20)	17 (3)	15 (-)	1 (-)	2 (-)	1 (1)	56 (24)

Tab. 39: Alter der Mutter und Geburtsrang des Kindes
(Vergleich p.K. - K.G. 1)

In der p.K.-Gruppe befanden sich zwei Zwillingspaare.
In der K.G.-Gruppe ein Zwillingpaar.

10.2.3.1.2. Familienstand

Folgende Tabelle zeigt einen Überblick über den Familienstand der Mütter der untersuchten Gruppen:

Familienstand	geheir.vor der Empfängnis	geheir.währ. d.Schwang.	geheir.n. Geburt	geschieden	unverheir.	Summe
p.K.	32 (56 %)	5 (9 %)	2 (3 %)	5 (9 %)	13 (23 %)	57(100%)
KG (1)	16 (67 %)	6 (25 %)	-	2 (8 %)	-	24(100%)

Tab. 40: Familienstand

$p < 0.01$

Der hohe Anteil der unehelich Geborenen (23 %) unter den p.K. stimmt mit dem Ergebnis der ersten Untersuchung (24 %) überein. Von den geschiedenen Müttern ließ sich eine vor der Empfängnis und eine während der Schwangerschaft scheiden. Bei einer weiteren Mutter war die Scheidung erst nach der Geburt des Kindes. Folgende Fälle sollen die ungünstigen Familienverhältnisse illustrieren:

- Fall 2: Frau H. war in erster Ehe mit einem Alkoholiker verheiratet. Diese Ehe war neben dem Alkoholismus des Mannes durch Schulden belastet. Häufig kam es zu schweren Auseinandersetzungen mit körperlichen Züchtigungen. Es kam zur Scheidung. Ein Kind aus dieser Ehe starb am p.K., das andere lebt bei Frau H. und ihrem 2. Ehemann. In der 2. Ehe kam es auch zu einem p.K.
- Fall 4: Da Frau W.'s Kind von Anfang an schwer behindert war, ging nach ihren Angaben die Ehe auseinander. Wegen des kranken Kindes gab es viel Streit, Herr W. kam immer seltener nach Hause, bald hatte er eine feste Freundin. Die Ehe zerbrach als der Säugling wenige Monate alt war.
- Fall 5: In erster Ehe war Frau B. mit einem Alkoholiker verheiratet. Auch ein Kind aus dieser Ehe starb am p.K. Die 2. Ehe wurde geschlossen, als der Säugling 2 Monate alt war.
- Fall 8: Frau M. ist geschieden. Das Kind, das aus dieser Ehe hervorging starb am p.K. Das 2. Kind, das am p.K. starb war unehelich. Gegen den Kindsvaterläuft eine Vaterschaftsklage.

- Fall 11: Frau B. ist zwar verheiratet, das Kind stammte aber von einem anderen Mann.
- Fall 23: Frau B. lebt in Scheidung. Das Kind war nicht von ihrem Mann. Teilweise führt Frau B. mit dem Ehemann und dem Kindsvater eine Ehe zu dritt.
- Fall 40: Frau G. lebt in völlig asozialen Verhältnissen. Nach drei Ehen, aus denen 6 Kinder hervorgingen, stammt das p.K., aus einer Verbindung mit dem Bruder des dritten Ehemannes.

Ähnlich ungünstige Familienverhältnisse liegen bei folgenden KG vor:

- Fall 27: Erste Ehe Alkoholiker. Frau J. lebt jetzt mit ihrem Freund zusammen, der auch der Vater des Kindes ist.
- Fall 42: Nach einer Ehe mit einem Alkoholiker ließ sich Frau K. scheiden und lebt nun mit dem Kindsvater des Säuglings zusammen.

Die Situation der unehelichen Mütter hinsichtlich ihrer Beziehung zum Kindsvater war unterschiedlich. Die Beziehungsprobleme sollen später dargestellt werden. Hier sei nur darauf verwiesen, daß die " Unehelichkeit " im Zusammenhang mit der psychologischen Bedeutung, die diese für die Mutter hat, gesehen werden muß. Diese Bedeutung hängt einerseits von den Einstellungen und Verhaltensweisen der sozialen Umwelt ab, andererseits von den Einstellungen und Verhaltensweisen des Kindsvaters. Hier zeigte sich ein großes Spektrum möglicher Einstellungen und Verhaltensweisen des Kindsvaters: von totaler Ablehnung von Mutter und Kind, Wunsch nach Abtreibung, Abstreiten der Vaterschaft bis zu Kindswunsch, Freude über das Kind und Sorge um Mutter und Kind.

Neben dem Familienstand der Mutter wurde auch die Ehedauer erfaßt. Die Hälfte der betroffenen Mütter waren nicht oder kürzer als ein Jahr verheiratet.

Ehe- dauer	o - 1 J	- 2 J	- 4 J	- 6 J	länger	Summe
p.K.	25	5	9	6	7	52
K.G.	8	4	6	2	4	24

Tab. 41: Dauer der Ehe bei Geburt des Kindes

Diese Gruppe setzt sich zusammen aus unverheirateten (13), geschiedenen (5) und aus Müttern, die während der Schwangerschaft (5) oder nach der Geburt geheiratet (2) haben.

10.2.3.1.3. Soziale Stellung

Hier zeigte sich wieder - wenn auch nicht so deutlich wie in der ersten Untersuchung - eine Häufung in der unteren sozialen Schicht. Fast ein Drittel der verstorbenen Kinder stammte von Eltern aus sozialen Problemgruppen, d.h. von Sozialhilfeempfängern aufgrund von Arbeitslosigkeit, Unehelichkeit der Mütter, Straffälligkeit usw. In der 1. Untersuchung gehörten weit mehr, nämlich 47 % der betroffenen Familien, der sozialen Schicht III an. Die unterschiedliche Schichtzugehörigkeit in der 1. und 2. Untersuchung ist in den jeweiligen Auswertungskriterien begründet. Während in der 1. Untersuchung die Zuteilung zur sozialen Schicht III durch "unterdurchschnittlichen Lebensstandard" erfolgte, setzte sich die soziale Schicht III in der 2. Untersuchung nur aus Sozialhilfeempfängern zusammen.

Soziale Schicht	3	2	1	Summe
p.K.	15 (26 %)	38 (67 %)	4 (7 %)	57 (100 %)
K.G. (1)	1 (4 %)	17 (71 %)	6 (25 %)	24 (100 %)

Tab. 42: Soziale Schicht

$p < (0.01)$

Eng verbunden mit der Schichtzugehörigkeit sind die finanziellen Verhältnisse. Sozialhilfeempfänger (Arbeitslose, uneheliche Mütter usw.) hatten natürlich die größten finanziellen Probleme, wenn sie nicht anderweitig unterstützt wurden. Aber auch kinderreiche Familien, in denen nur ein Elternteil berufstätig ist, hatten große finanzielle Probleme.

Nachfolgende Tabelle zeigt die finanziellen Probleme in beiden Untersuchungen.

finanzielle Lage	große fin. Probleme (Soz.Hilfeempf.)	finanz. Probleme	keine fin. Probleme	Summe
p.k.	12 (22 %)	16 (30 %)	26 (48 %)	54 (100 %)
K.G. (1)	-	5 (21 %)	19 (79 %)	24 (100 %)

Tab. 43: Finanzielle Lage

$p < 0.05$

Die Tabelle veranschaulicht, daß 52 % der p.K., aber nur 21 % der KG finanzielle Schwierigkeiten hatten.

Eng zusammenhängend mit der Schichtzugehörigkeit war die Berufsausbildung der Mutter.

Hier zeigen sich folgende Tendenzen:

Berufsausbildung	ohne Berufsausbildung	durchschn.Berufsausbild.	akademische Berufsausb.	Summe
p.K.	23 (43 %)	27 (50 %)	4 (7 %)	54 (100 %)
K.G. (1)	1 (4 %)	19 (79 %)	4 (17 %)	24 (100 %)

Tab. 44: Berufsausbildung der Mütter

$p < 0.01$

Hinsichtlich der Berufstätigkeit der Mutter vor der Entbindung zeigen sich keine Unterschiede. Hingegen nach der Entbindung waren 21 % der p.K., aber nur 8 % der KG ganztätig berufstätig. Auch 20 % der KG2 waren nach der Entbindung ganztags berufstätig.

Eine Aufschlüsselung der Todesfälle hinsichtlich Nationalität der Eltern ergab: 3 Elternpaare waren Türken, 1 Vater war Türke, ein Elternpaar lebte in Manila (das Kind sollte von einer Deutschen adoptiert werden), eine Mutter war Irin, eine weitere Bulgarin.

10.2.3.1.4. Wohnverhältnisse

43 % der Eltern der p.K. lebten in der Großstadt, 14 % in einer Kleinstadt, 11 % in Großstadtnähe, 32 % auf dem Land.
Auffallend war wieder der große Anteil beengter Wohnverhältnisse.

Art der Unterbringung	beengt	nicht beengt	1-Zi-App.	Wohnung	Haus
p.K.	22 (39 %)	34 (61 %)	5 (9 %)	36 (65 %)	15 (27 %)
K.G. (1)	2 (8 %)	22 (92 %)	-	20 (83 %)	4 (17 %)

$p < 0.05$

$p < 0.01$

Tab. 45: Art der Unterbringung

Hier sei darauf verwiesen, daß auch 60 % der KG2 in beengten Wohnverhältnissen lebten.

Die nächste Tabelle zeigt die Unterschiede der Wohnverhältnisse der untersuchten Gruppen hinsichtlich folgender Merkmale: laut, schmutzig, ungünstige Unterbringung des Kindes beim Schlafen und ungünstige räumliche Kontaktmöglichkeit zwischen Mutter und Kind, Mitbewohner.

Wohnverhältnisse	laut	schmutzig	ungünst. Unterbringung des Kindes	Möglichk. z. Kontaktaufn. ungünstig	Mitbewohner
p.K.	14 (26 %)	15 (29 %)	23 (41 %)	22 (41 %)	9
K.G. (1)	6 (25 %)	3 (13 %)	2 (8 %)	2 (8 %)	2
K.G. (2)	4 (40 %)	1 (10 %)	6 (60 %)	3 (30 %)	4

Tab. 46: Wohnverhältnisse

$p < 0.01$

$p < 0.01$

Zu diesen ungünstigen Wohnverhältnissen kam noch dazu, daß in 9 Fällen der p.K. eine weitere Person die meist schon enge Wohnung mit der Familie teilte, was ein zusätzlicher Belastungsfaktor war. Gerade bei den sozialen Problemgruppen wie Ausländer, Straffällige usw. wechselten die Mitbewohner mehrmals. Auch die Rate der Ummzüge scheint in dieser Gruppe höher zu sein. (Es wurden nur die Ummzüge ab der Schwangerschaft der Mutter gezählt).

Während 35 % von den p.K. ein oder mehr als einmal umzogen, waren es in der KG nur 21 %.

Umzüge	zwei und mehr	einer	keiner
p.K.	6 (13 %)	11 (22 %)	32 (65 %)
K.G. (1)	1 (4 %)	4 (17 %)	19 (79 %)

Tab. 47: Umzüge

Hier sei darauf verwiesen, daß sowohl der Anlaß, als auch die Umstände eines Umzugs völlig verschieden sein können. Gerade bei den sozialen Problemgruppen war der Wohnungswechsel meist ungewollt und begleitet von großen Sorgen und finanziellen Problemen.

Bei den unehelichen Müttern erfolgte der Wohnungswechsel häufig auf Wunsch deren Eltern und war für diese ein großes Problem. Auf der anderen Seite handelte es sich bei den Familien der KG1 meist um erwünschte Umzüge in eine größere Wohnung bzw. in ein Haus mit Garten. Inwieweit für die Schwangeren bzw. die Mütter der Umzug belastend war, hing u.a. auch entscheidend vom Zeitpunkt des Umzugs und der Unterstützung des Partners bzw. der übrigen sozialen Umwelt ab.

1o.2.3.1.5. Zusammenfassende Bemerkung

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß sich viele der genannten sozialen Probleme bedingten oder bedingt durch andere Faktoren zusammen traten. Dies soll wieder anhand von Beispielen illustriert werden. Hier sei noch einmal betont, daß nur diejenigen aufgrund sozialer Faktoren ungünstige Fallbeispiele herausgegriffen wurden, die hinsichtlich der Anzahl und der Schwere der sozialen Probleme herausragen. Das sind 2o von 58 Fällen.

- Fall 2: 1. Ehe: Alkoholiker, durch Mißhandlungen des Mannes wurde eine Frühgeburt ausgelöst, 1. Kind sehr häufig krank, 2. Kind starb am p.K.
2. Ehe wurde während der 3. Schwangerschaft geschlossen, große finanzielle Probleme: Ehemann ist Kraftfahrer und zur Zeit wegen Alkohol am Steuer ohne Führerschein und deshalb arbeitslos. 3. Kind starb am p.K.

- Fall 3: 20 Jahre, unverheiratet, völlig asoziale Verhältnisse, Mutter und Kind lebten von Sozialhilfe (ca. 200 Mark monatlich !). Kindsvater häufig straffällig, während Schwangerschaft von Frau K. im Gefängnis, Alkoholiker, häufige Mißhandlungen, wohnen am Hasenberg! in einem 1-Zimmer-App., äußerst beengt und schmutzig.
- Fall 15: Mutter und Vater 17 Jahre alt, unverheiratet, Sozialhilfeempfänger (leben von ca. 350 Mark monatlich), beide ohne Beruf, anfangs mehrere Umzüge, die Kindseltern wohnten wechselnd bei den Schwiegereltern bzw. Eltern, als der Säugling ein paar Monate alt war, bezogen sie eine kleine 2-Zimmer-Wohnung.
- Fall 19: Türken, 3. Kind, große Wohnungsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, Familie bewohnte 1-Zimmer-Appartement.
- Fall 23: Frau B. ist 22 Jahre, verheiratet, lebt aber seit der Schwangerschaft in Scheidung, große Wohnungsprobleme, lebt mit Mann und Kindsvater in einer Wohnung, von Haus- und Dorfgemeinschaft diskriminiert.
- Fall 26: Frau P. ist 29 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, Kind von einem verheirateten Mann, ganztags berufstätig.
- Fall 28: 21 Jahre, 2. Kind, Frau H. bekam 1. Kind mit 15 Jahren, Kindsvater noch in Ausbildung.
- Fall 31: 30 Jahre, 3. Kind, Türken, große finanzielle Probleme, äußerst ungünstige Wohnverhältnisse, starker Flug- und Autolärm.
- Fall 38: 18 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, aufgrund der Schwangerschaft von den Eltern wegen des Geredes der Dorfleute rausgeworfen, Kindsvater wollte Abtreibung, darauf brach die Kindsmutter die Beziehung ab, Frau D. arbeitete während der Schwangerschaft in einem Haushalt und lebte dann in einem Heim für Mutter und Kind.
- Fall 40: 27 Jahre, 6. Kind, völlig asoziale Verhältnisse, 3. Ehe wurde nach der Geburt des jüngsten Kindes aufgelöst.
- Fall 46: 17 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, Familie der Mutter und Kindsvater wollten Abtreibung. Frau I. lebte mit ihrem Kind in einem 8 qm großen Zimmer in der elterlichen Wohnung. Kindsvater Vaterschaft abgestritten, keine finanzielle Unterstützung, Kindsvater Alkoholiker und verwahrlost, arbeitslos, Mutter und Kind lebten von Sozialhilfe.
- Fall 47: 21 Jahre, 3. Kind, alle unehelich von verschiedenen Vätern, völlig verwahrloste Wohnverhältnisse, von Dorfgemeinschaft diskriminiert.

- Fall 56: 23 Jahre, 1. Kind, Landwirte. Frau Z. war durch die Landwirtschaft und einem zusätzlichen Gasthausbetrieb völlig überarbeitet, die Schwiegereltern von Frau Z., welchen der Bauernhof gehörte, waren gegen Frau Z.
- Fall 66: 18 Jahre, 1. Kind, geheiratet als Kind sechs Monate, finanzielle Probleme. Frau N. ist ganztags berufstätig.
- Fall 69: Kindsmutter unverheiratet, Kindsvater unbekannt, Kind zur Adoption freigegeben.
- Fall 71: 41 Jahre, 4. Kind, Landwirte, völlig überarbeitet.
- Fall 78: 22 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, verwahrloste Wohnverhältnisse.
- Fall 79: 20 Jahre, unehelich, häufiger Partnerwechsel, bewohnte mit Kind und Freund ein kleines, schmutziges Appartement (früher Freudenhaus), Sozialhilfeempfänger, häufige Umzüge.
- Fall 80: 40 Jahre, 3. Kind, völlig verwahrloste soziale Verhältnisse, Kindsvater Zuhälter, neigt zu Gewalttätigkeiten, Mutter (Dirne) äußerst schmutzige Wohnung (überall Unordnung und schmutzige Wäsche).
- Fall 81: 19 Jahre, 1. Kind, unverheiratet. Kindsvater: vorbestraft wegen Diebstahl, arbeitslos, zeitweise Schaustellergelhilfe oder Lagerarbeiter, Wohnung schmutziggel, ungepflegt, spärlich möbliert, ein Untermieter (Schwiegermutter).
- Fall 83: 23 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, wohnte in Heim für Mutter und Kind. 3 Monate im Gefängnis wegen gewerblicher Unzucht, Sozialhilfeempfänger.

So extrem ungünstige soziale Verhältnisse wie bei den p.K. fand ich in der KG1 nicht vor.

Auf soziale Probleme stieß ich in 2 Fällen der KG1:

- Fall 36: 32 Jahre, 2. Kind, lebt in 2. Ehe mit einem Portugiesen (Kindsvater des 1. Kindes), beide Schichtarbeiter.
- Fall 42: 27 Jahre, 6. Kind. 1. Ehe: Alkoholiker, Mißhandlungen, Suizid. 2. Ehe: Mann straffällig, arbeitet zur Zeit als Kraftfahrer, finanzielle Probleme, schmutzige, beengte Wohnverhältnisse.

In der KG2 dagegen hatten von 10 Fällen 7 große soziale Probleme.

- Fall 58: 18 Jahre, 1. Kind, beengte, ungünstige Wohnverhältnisse, die Eltern lebten mit ihrem Säugling in einem 11 qm großen Zimmer der elterlichen 4-Zimmer-Wohnung, in dieser Wohnung lebten 6 Personen.

Fall 67: 40 Jahre, 1. Kind, geschieden, Vater des Kindes ein Türke, dieser kümmert sich weder um Mutter noch um das Kind, die Mutter und das Kind bewohnen 1-Zimmer-App., finanzielle Probleme.

Die Fälle 89, 85, 87, 88, 86 hatten alle finanzielle Probleme. Alle hatten aber das Lebensnotwendigste für sich und das Kind.

10.2.3.2. Psychologische Begleitumstände

10.2.3.2.1. Merkmale und Verhaltensweisen der Mutter

Ein Großteil der Mütter stammen selbst aus äußerst ungünstigen sozialen Verhältnissen, gekennzeichnet durch finanzielle Probleme, Wohnungssorgen, broken home. Eng mit diesen sozialen Belastungen waren häufig folgende psychologische Belastungen verknüpft: unerwünschtes Kind, Ablehnung von der Mutter, belastete Mutter-Kind-Beziehung, körperliche Züchtigung, Neurosen, Psychosen oder schwere Krankheiten eines Elternteils.

Familie d.Mutter	unehel.	nicht bei d.Eltern aufgew.	broken home	Ablehng.	belastete Mu-Ki-Bez	konflikt-bel.Trennung	große Belastg.im Elt.Haus
p.K.	7 (16%)	7 (17%)	14 (33%)	16 (39%)	26 (62%)	26 (62 %)	30 (71%)
K.G. 1	1 (4%)	4 (17%)	7 (29%)	6 (25%)	9 (38%)	4 (17 %)	13 (54%)
K.G. 2	-	1	2	3	2	3	4

Tab. 48: Belastungen im Elternhaus bei den Müttern der untersuchten Gruppen

$p < 0.02$

Die betroffenen Mütter wirkten durch ihre soziale Situation und ihre familiären Probleme häufig überlastet und hilflos. Sie zeigten folgende Merkmale:

Merkmale d. Mütter	labil	depress. Grundstimmung	ungepflegt	Übergewicht	Untergewicht	Sucht	Kompetenz	Hilflosigkeit
p.k.	29(69%)	11 (25%)	13 (30%)	9 (20%)	6 (13%)	17(37%)	20(44%)	25(56%)
K.G.1	5(21%)	1 (4%)	2 (8%)	3 (13%)	1 (4%)	1(4%)	23(96%)	1(4%)
K.G.2	4	1	1	1	1	1	7	3
	p<0.01		p<0.1			p<0.01		p<0.01

Tab. 49: Merkmale der Mütter

Am signifikantesten sind hier die Unterschiede hinsichtlich des Merkmals Kompetenz/Hilflosigkeit. Hier sei betont, daß 56 % der betroffenen Mütter " hilflos " waren, aber nur 4 % der KG1.

Die Belastungen in der Kindheit der Mütter und deren Merkmale seien wieder an einigen Fällen dargestellt. Die Auswahl der Fälle wird wieder bestimmt durch die Anzahl und die Schwere der Belastungen:

- Fall 1: Kindheit: "schon als Kindständiger Angsthase." In der Schule vor Angst immer versagt, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Angstzustände, Gefühl überfordert zu sein.
- Fall 2: Kindheit: Mutter der Mutter Alkoholikerin: " beschissene Kindheit, der Depp zu Hause", Ablehnung, " Mutter keine Nerven für Kinder gehabt."
- Fall 3: Kindheit: totale Ablehnung durch die Mutter, war zur Adoption freigegeben, Vater: Alkoholiker, asoziale Verhältnisse, Mißhandlungen, 10 Geschwister, Sündenbock in der Familie, " Haustrottel und Putzfrau". Merkmale der Mutter: Untergewicht, ungepflegt, wirkt völlig hilflos, lebt isoliert.
- Fall 4: belastete Kindheit, unerwünscht, " abgeschoben", Jüngste von 5 Kindern, ab 11. Lj. mehrere Jahre inzestiose Beziehung zum Bruder. Merkmale: Übergewicht, ungepflegt, apathisch, hilflos, häufig wechselnder Geschlechtsverkehr.
- Fall 8: Kindheit: lebte bei Adoptiveltern, kein gutes Verhältnis zu diesen, Ablehnung, über Jahre Mißhandlungen. Merkmale: apathisch, inadäquat im Affekt, wirkt äußerst aggressiv.

- Fall 12: Kindheit: unehelich geboren, Vater unbekannt, verbrachte erstes Lebensjahr in Krankenhäusern, wurde dann bei Verwandten und verschiedenen Pflegeeltern aufgezogen, Sündenbock im Dorf.
Merkmale: wirkt sehr aggressiv.
- Fall 15: Kindheit: belastet, als Kind stundenlang geweint, sehr deprimiert, gehemmt, zurückgezogen.
Merkmale: Untergewicht (45 kg), blaß, völlig hilflos.
- Fall 23: Kindheit: " die ganze Familie wurde als Flüchtlingsfamilie von der Umgebung abgelehnt ", (keine Bekannten oder Freunde).
Merkmale: Untergewicht (44 kg), zeigt kaum Gefühle.
- Fall 30: Kindheit: Vater starb als Frau K. 9 Jahre war, ihre Mutter kapselte sich völlig ab und " hängte sich an Tochter."
- Fall 32: Kindheit: sehr belastet, Vater lebte mit 2 Frauen im gemeinsamen Haushalt (zu beiden sexuelle Beziehungen), Schwester von Frau . und deren Kind Spastiker, Bruder hatte Asthma und verunglückte tödlich. Frau D. hatte als Kind Typhus.
Merkmale: labil, depressive Symptome, trinkt viel Alkohol.
- Fall 37: Kindheit: unehelich, bei Großeltern und Tante aufgewachsen, fühlte sich benachteiligt, bekam häufig Schläge.
- Fall 40: Kindheit: unehelich, Mutter arbeitete in einer Fabrik und hatte kein Geld und keine Wohnung, lebte bei ihrer Großmutter.
Merkmale: ungepflegt, wirkt infantil, wenig verantwortungsbewußt, häufig wechselnder Geschlechtsverkehr.
- Fall 41: Kindheit: unehelich, 3 Schwestern, alle 4 Kinder von verschiedenen Vätern, Sozialhilfeempfänger, große finanzielle Probleme.
Merkmale: nervös, Untergewicht (45 kg), sehr energisch, distanziert, wenig Wärme.
- Fall 45: Kindheit: unehelich, Vater unbekannt, 4 Geschwister, weder mit Stiefvater und Mutter noch mit Geschwistern verstanden, ständig Streit, mit 13 Jahren von Stiefvater vergewaltigt, Stiefvater Alkoholiker.
Merkmale: Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, oft den ganzen Tag nichts gegessen, nur geraucht (3 Schachteln Zigaretten pro Tag), häufig wechselnder Geschlechtsverkehr.
- Fall 47: Kindheit: unehelich, Vater unbekannt, verbrachte Kindheit in mehreren Heimen, zog mit 17 Jahren erstmals zur Mutter, wurde häufig geschlagen.
Merkmale: ungepflegt, unterdurchschnittliche Intelligenz, Apathie, Hilflosigkeit, äußerst nervös, inadäquat im Affekt, raucht viel.

- Fall 48: Kindheit: Eltern geschieden, von Kindermädchen aufgezogen.
Merkmale: übernervös, gereizt, depressiv, trinkt sehr viel Alkohol.
- Fall 50: Kindheit: belastete Mutter-Kind-Beziehung, (" Meine Mutter ist furchtbar. Sie ist sehr bestimmend und hat kein Gefühl für andere.")
Merkmale: gefühlsarm, wenig verantwortungsbewußt, unterdurchschnittliche Intelligenz.
- Fall 55: Kindheit: schön aber belastet durch Geschäft der Eltern, " keine Mutter-Kind-Beziehung."
Merkmale: unauffällig.
- Fall 57: Kindheit: Mutter Depressionen, Eltern geschieden als 4 Jahre, Vater an Krebs gestorben.
- Fall 66: Kindheit: Stiefvater Alkoholiker, mehrmals von Stiefvater vergewaltigt, Sündenbock in der Familie.
Merkmale: deprimiert, häufig appetitlos, Untergewicht 40 kg , raucht 40-50 Zigaretten, unterdurchschnittliche Intelligenz, häufig wechselnder Geschlechtsverkehr.
- Fall 74: Kindheit: Eltern früh geschieden, Vater nicht gekannt, ab 9. Lj. bei Pflegeeltern aufgewachsen, " Stiefkind von den 4 Pflegekindern ".
- Fall 71: Kindheit: Vater: Mutter und Kinder geschlagen, Vater wollte ganze Familie vergiften.
Merkmale: starkes Übergewicht, Asthma bei Aufregung, Rheuma, Herzfehler.
- Fall 72: Kindheit: Vater Alkoholiker, sehr streitsüchtig.
Merkmale: starkes Übergewicht.

KONTROLLFÄLLE:

- Fall 13: Kindheit: Mutter gestorben als 13 Jahre, unter Stiefmutter stark gelitten, Ablehnung, ständiger Streit zwischen den Eltern, Schwester verhaltensgestört.
Merkmale der Mutter: unauffällig.
- Fall 27: Kindheit: Ablehnung vom Vater, häufige Mißhandlungen.
Merkmale: Appetitlosigkeit, wiegt ca. 40 kg, wirkt aber nicht hilflos.
- Fall 60: Kindheit: sehr belastet, Vater gestorben als 2 Jahre, von der Mutter abgelehnt.
Merkmale: wirkt sehr aggressiv, wenig einfühlsam.
- Fall 87: (Heim für Mutter und Kind)
Kindheit: bei Oma aufgewachsen, Mutter als Kind 7 Monate vom Zug überfahren, sehr schlechte Beziehung zur Großmutter, häufig Mißhandlungen, totale Ablehnung.

Zusammenfassend sei festgestellt, daß von 42 p.K. die Kindheit der Mutter dem Untersucher bekannt ist, in 23 Fällen war diese extrem belastet, aber nur in 4 Fällen der 34 Kontrollfälle (KG1 und KG2).

10.2.3.2.2. Beziehung zum Kindsvater

Sowohl die sozialen Faktoren (junges Alter, ungünstige Familienverhältnisse) als auch die Merkmale der Mutter weisen darauf hin, daß die Beziehung zum Kindsvater häufig belastet war. Hier sei daran erinnert, daß 23 % der betroffenen Mütter unverheiratet, 9 % geschieden waren und 3 % nach der Geburt heirateten. 35 % der betroffenen Mütter lebten also schon äußerlich in ungünstigen Familienverhältnissen. In vielen Fällen lehnten die Partner Frau bzw. Freundin ab oder standen ihnen gleichgültig gegenüber. Diese Ablehnung oder Gleichgültigkeit äußerte sich häufig darin, daß die Partner nicht oder wenig zu Hause, sich weder finanziell noch emotional um die Familie sorgten und von Anfang an wenig Interesse am Kind hatten. In vielen Fällen war die Beziehung durch Alkoholismus, Mißhandlungen, Arbeitslosigkeit, Kriminalität usw. schwer belastet.

Die folgende Tabelle gibt einen groben Überblick über die Partnerbeziehung in den untersuchten Gruppen

Partner- beziehung	ohne Partner	belastet	unauffällig	sehr gut	Summe
p.K.	6 (12 %)	25 (48 %)	17 (32 %)	4 (8 %)	52 (100 %)
K.G. 1	0 -	5 (21 %)	9 (38 %)	10 (41 %)	24 (100 %)
K.G. 2	5 (50 %)	1 (10 %)	1 (10 %)	3 (30 %)	10 (100 %)

Tab. 50

$p < 0.01$

Da sich hinsichtlich der Beziehung zum Partner und dessen Merkmale die untersuchten Gruppen signifikant unterscheiden, soll auf diesen Punkt näher eingegangen werden.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Merkmale Sucht des Vaters und Straffälligkeit in den Gruppen.

Merkmale des Vaters	Sucht	straffällig
p.K.	16 (36 %)	5 (11 %)
K.G. 1	1 (4 %)	1 (4 %)
K.G. 2	1 (10 %)	-

$p < 0.01$

Tab. 51

Weitere Variablen, die Indikatoren für die Qualität der Partnerbeziehung sind, ist die Anwesenheit des Partners und sein Sorgecharakter für die Familie.

Anwesenheit des Vaters	nie	selten	unauf-fällig	häufig	Summe
p.K.	3 (7 %)	9 (20 %)	27 (60 %)	6 (13 %)	45 (100 %)
K.G. 1	-	5 (21 %)	15 (63 %)	4 (17 %)	24 (100 %)
K.G. 2	3 (30 %)	4 (40 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	10 (100 %)

Tab. 52

Sorgecharakter des Vaters	ungenügend	genügend	sehr gut	Summe
p.K.	13 (28 %)	29 (62 %)	5 (10 %)	47 (100 %)
K.G. 1	-	9 (37 %)	15 (63 %)	24 (100 %)
K.G. 2	5 (50 %)	3 (30 %)	2 (20 %)	10 (100 %)

Tab. 53

$p < 0.01$

Eine Folge der Qualität der Beziehung, sowie in vielen Fällen Ursache von Beziehungsstörungen war das Interesse des Vaters am Kind. Hier zeigte sich ein breites Spektrum von " keinem " Interesse, gekennzeichnet durch Abtreibungswunsch, Abstreiten der Vaterschaft, Trennungsabsichten, bis " starkem " Interesse, gekennzeichnet durch Sorge um das Kind, regelmäßiges Beschäftigen mit dem Kind und Freude am Kind.

Interesse des Vaters am Kind	keines	schwach	unauffällig	stark	Summe
p.k.	9 (19 %)	6 (13 %)	26 (54 %)	7 (14 %)	48 (100 %)
K.G. 1	0 -	1 (4 %)	7 (29 %)	16 (67 %)	24 (100 %)
K.G. 2	4 (40 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	3 (30 %)	10 (100 %)

Tab. 54

$p < 0.01$

Hier zeigen sich hochsignifikante Unterschiede.

Folgende Fallbeispiele sollen diese Ergebnisse veranschaulichen:

Fall 1: Mann sehr nervös und ungeduldig, viel Streit, schlägt Kinder.

Fall 2: Alkoholiker, arbeitslos.

Fall 3: Vater kriminell, arbeitslos, häufig Streit, Mißhandlungen, warfen sich gegenseitig aus der Wohnung, Alkoholiker. Mann kam sehr unregelmäßig nach Hause, wenig Sorgecharakter und Interesse am Kind, Todeswünsche gegenüber Kind (träumte einmal, daß er das Kind fallen ließ, worauf dieses starb; einen weiteren Traum schilderte er folgendermaßen: " ich legte das Kind in Las Vegas auf die Straße, da kam ein Lastauto und fuhr den Kopf weg. ")

Fall 4: Da Kind von Geburt an schwerkrank war, gab es ständig Streitereien, " er hat mir nicht geholfen, mich nicht unterstützt und sich nicht mit dem Kind abgegeben. " Als das Kind ein paar Monate alt war, kam Herr W. immer seltener nach Hause und hatte eine feste Freundin, nach mehreren Mißhandlungen löste Frau W. die Beziehung, 4 Monate später verstarb das Kind.

Fall 8: Kindsvater stritt Vaterschaft ab, keine Unterstützung.

- Fall 32: belastete Beziehung, Kindsvater gegen Schwangerschaft, häufig Streit, nach Streit starker Alkoholkonsum der Mutter, der unter Umständen Frühgeburt auslöste.
- Fall 38: Kindsvater wollte Abtreibung, Beziehung darauf abgebrochen, keine finanzielle Unterstützung.
- Fall 40: 3. Ehe von Anfang an problematisch. Frau G. wurde während der Schwangerschaft häufig geschlagen, Herr G. war von Anfang an gegen das Kind. Herr G. lebte dann (im gleichen Haushalt) mit einer Freundin zusammen, Trennung nach der Geburt des Kindes.
- Fall 45: Vaterschaft abgestritten, arbeitslos, keine finanzielle Unterstützung, Alkoholiker, verwahrloste soziale Verhältnisse, häufig sexuelle Beziehungen zu anderen Frauen. Trennung vor der Geburt des Kindes.
- Fall 47: 3 uneheliche Kinder von verschiedenen Vätern, diskriminiert von der Dorfgemeinschaft, Kindsvater wirkte gleichgültig.
- Fall 48: Eheprobleme, Mann beruflich sehr engagiert.
- Fall 66: verheiratet, beide Partner häufig wechselnden Geschlechtsverkehr.(Nach einer Abtreibung mit 15 Jahren verschlechterte sich das Verhältnis, " mir grauste es vor ihm, ich wollte ihn nicht mehr anlangen ") Mann für Abtreibung, während der Schwangerschaft häufig geschlagen, teilweise lebte Herr N. mit anderen Frauen zusammen. Scheidung ein paar Monate nach dem Tod des Kindes.
- Fall 69: Kindsvater unbekannt.
- Fall 72: Beziehung belastet durch Krankheiten des Mannes (Juli 1978: Gehirnerschütterung, 1979 Kropf,-Blinddarm- und Mandeloperation, Nov. 1979 Magenoperation.)
- Fall 78: unverheiratet, Kindsvater geschieden, kaum Kontakt.
- Fall 79: häufig wechselnder Geschlechtsverkehr, mit Vater des Kindes Verhältnis abgebrochen.
- Fall 80: Vater Zuhälter, Mutter Dirne, Vater neigt zu Gewalttätigkeiten, völlig verwahrloste Wohnverhältnisse, Vater " versorgte " Kinder und Haushalt.
- Fall 81: Vater straffällig, 2 Tage bevor Kind starb stritten Eltern und trennten sich.
- Fall 83: Frau S. geht gewerblicher Unzucht nach, Kindsvater unauffindbar.
- Fall 84: " Ehe von Anfang an zerrüttet ", Herr W. ist Alkoholiker und völlig verschuldet.

KONTROLLFÄLLE:

- Fall 67: geschieden (wurde vom 1. Mann jeden Tag geschlagen), Kindsvater Türke (anderweitig verheiratet), sowohl die Beziehung als auch das Kind wurde vor Freunden und Familie des Kindsvaters verheimlicht, Kindsvater wollte Abtreibung, kaum Unterstützung.
- Fall 86: unverheiratet, Beziehung zum Kindsvater schon vor der Schwangerschaft aufgelöst, Kindsvater hielt sich vom Kind fern und stritt Vaterschaft ab.
- Fall 88: Kindsvater amerikanischer Soldat, schon während der Schwangerschaft wieder zurück in Heimat.
- Fall 89: Scheidung als Kind ein Jahr, Kind von Vater abgelehnt.

10.2.3.2-3. Auffälligkeiten bei den Geschwistern

In 3 Fällen starben Geschwister der p.K. an p.K.

Alle 3 Fälle stammen aus sozialer und psychologischer Sicht aus äußerst problematischen familiären Verhältnissen:

- Fall 2: 1. Ehe mit Alkoholiker, häufige Mißhandlungen während der Schwangerschaft, massive Prügel im 8. Monat der Schwangerschaft lösten Frühgeburt aus, dieses Kind, ein Knabe, starb ein paar Monate später am p.K. Das 2. Kind, ein Mädchen, ist häufig krank, es hatte mehrmals Lungenentzündung und Kruppanfälle. Das 3. Kind, wieder ein Mädchen, stammt aus 2. Ehe, der Kindsvater ist wieder Alkoholiker, (Kraftfahrer wegen Führerscheinentzug zur Zeit arbeitslos), auch dieses Kind starb am p.K.
- Fall 5: verwahrloste soziale Verhältnisse, Kindsmutter wirkt apathisch, infantil und ist überaus ungepflegt, nach jahrelangem Inzest mit Bruder häufig wechselnden Geschlechtsverkehr. 1. Ehe Alkoholiker, 1 p.K. 2. Ehe wieder Alkoholiker, 2. p.K.
- Fall 8: Kindsmutter wirkt sehr aggressiv, 1. Ehe 1. p.K., Scheidung. Vater des 2. Kindes streitet Vaterschaft ab (Vaterschaftsklage !), keine Unterstützung von sozialer Umwelt, große Probleme mit Säugling, 2. p.K.

Weiter fanden sich in folgenden Fällen somatische Symptome oder psychische Auffälligkeiten bei den Geschwistern.

somatische + psychische Sympt.b.d.Geschwistern	somatische Symptome		psychisch auffällig	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
p.K.	8	1	8	4
K.G. 1	1	1	3	1
K.G. 2	-	-	-	-

Tab. 55

- Fall 1: 1. Kind (Knabe): viel gebrochen, schlecht zugenommen, mit 3 Wochen längerer Krankenhausaufenthalt wegen Eßproblemen, in der Entwicklung retardiert.
2. Kind (Mädchen) in motorischer Entwicklung retardiert.
- Fall 17: 1. Kind, anfällig für Krankheiten, Ekzern, viel gebrochen, schlecht zugenommen, häufig krank.
- Fall 23: 1. Kind (Mädchen) " seelisch krank ", sehr zurückgezogen.
- Fall 24: Zwillingbruder: häufig krank, Erkältung, Durchfall, Kruppanfall, verhärtete Hüftmuskulatur.
- Fall 40: 5. Kind: hatte von Anfang an Bronchitis, nahm schlecht zu, war " verhaltensgestört ", auf eine Trennung von der Mutter, als der Säugling 8 Monate alt war, reagierte er folgendermaßen: " er schlug mit dem Kopf nach unten, wimmerte vor sich hin, lachte nicht mehr und wollte nichts mehr essen." Er kam daraufhin längere Zeit ins Krankenhaus.
- Fall 41: 1. Kind (Knabe): schlechter Esser, wog mit 2 1/2 Jahren soviel wie 1-jähriger, 7 Krankenhausaufenthalte, mit 2 Monaten fiebrige Krampfanfälle.
- Fall 43: 1. Kind (Knabe): sehr sensibel, erbrach oft nach Trennung.
- Fall 45: 1. Kind (Mädchen): Trinkschwierigkeiten, Schlafstörungen bis zum 2. Lebensjahr.
- Fall 47: 1. Kind (Mädchen), 3 Jahre: menschen scheu, spricht nichts, bleibt oft ganzen Tag im Bett liegen.
2. Kind: blaß, hilflos, wimmert vor sich hin.
- Fall 48: 1. Kind (Knabe): übernervös, häufig krank, sehr sensibel.
- Fall 50: 2 Kinder leben bei der Mutter des 1. Mannes, ein weiteres wurde zur Adoption freigegeben.
- Fall 69: 1. Kind zur Adoption freigegeben.
- Fall 71: 3. Kind (Knabe), Frühgeburt im 6. Monat, stark retardiert (besucht Sonderschule).
- Fall 72: Zwilling: mongoloid, mehrere Monate im Krankenhaus, häufig Lungenentzündung, Herzoperation.

Fall 78: 1. Kind (Tochter) lebt im Kinderheim.

Fall 79: 1. Kind in Heim untergebracht.

Fall 84: Herr W. brachte Tochter mit in die Ehe, die in einem Heim untergebracht war.

KONTROLLFÄLLE:

Fall 42: 6 Kinder, 3 leben bei Schwester der Mutter.

Fall 60: 1. Kind (Knabe) ißt sehr schlecht, Kind 2 Jahre lang halbtags wegen Berufstätigkeit allein gelassen, Flasche angelegt.

Fall 62: 1. Kind (Knabe) mit 4 Jahren eingenäßt und eingekotet.

Fall 16: 1. Kind (Knabe): Herzfehler, nahm schlecht zu, Entwicklungsrückstand, Angstzustände.

10.2.3.2.4. Schwangerschaft

Die Anzahl und die Schwere der Belastungen läßt annehmen, daß die Schwangerschaft bei vielen der betroffenen Frauen von Anfang an ein großer Konflikt und häufig ungeplant und unerwünscht war.

Einstellung zur Schwangerschaft	ungeplant	unerwünscht
p.K.	24 (53 %)	10 (22 %)
K.G. 1	7 (29 %)	- -
K.G. 2	7 (70 %)	4 (40 %)

Tab. 56

$p < 0.01$

$p < 0.01$

Belastungen während der Schwangerschaft	sehr groß	groß
p.K.	21 (45 %)	10 (21 %)
K.G. 1	4 (17 %)	3 (13 %)
K.G. 2	4 (40 %)	2 (20 %)

Tab. 57

$p < 0.05$

Schwangerschaftsbeschwerden	
p.K.	30 (64 %)
K.G. 1	8 (33 %)
K.G. 2	3 (30 %)

Tab.58 $p < 0.1$

Risikoschwangerschaft	
p.K.	20 (42 %)
K.G. 1	4 (17 %)
K.G. 2	2 (20 %)

Tab.59 $p < 0.05$

Die genannten sozialen Probleme, Konflikte mit dem Partner und der übrigen sozialen Umwelt, sowie Schwangerschaftsbeschwerden wie Kreuzschmerzen, Übelkeit, Migräne oder Krankheiten während der Schwangerschaft wie Infektionen, Fehlbildungen, Stoffwechselerkrankungen führten häufig dazu, daß die Schwangerschaft von der Hälfte der betroffenen Frauen als negativ erlebt wurde.

Schwangerschaft	positiv	negativ	unauffällig
p.K.	1 (2 %)	23 (50 %)	22 (48 %)
K.G. 1	4 (17 %)	6 (25 %)	14 (58 %)
K.G. 2	0 -	3 (30 %)	7 (70 %)

Tab. 60

$p < 0.05$

Besonders negativ erlebten jene Frauen die Schwangerschaft, die aus medizinischer Sicht eine Risikoschwangerschaft (z.B. drohende Frühgeburt) hatten, die zahlreiche Beschwerden verursachte (z.B. Wehen) und Krankenhausaufenthalte, Bettruhe oder häufige Arztbesuche erforderten. Vor allem, wenn sie dann von ihrem Partner und der übrigen sozialen Umwelt keine oder eine inadäquate Unterstützung erfuhren, waren viele Frauen völlig hilflos. Psychodynamisch äußerte sich diese Hilflosigkeit bei vielen Frauen in Ängsten.

Ängste während d. Schwangersch.	daß Kind stirbt	vor Frühgeburt	daß Kind nicht gesund	unauffällig	Summe
p.K.	5 (11 %)	5 (11 %)	8 (18 %)	26 (60 %)	44 (100 %)
K.G. 1	0 -	2 (8 %)	7 (29 %)	15 (63 %)	24 (100 %)
K.G. 2	1 (10 %)	0 -	4 (40 %)	5 (50 %)	10 (100 %)

Tab. 61

Diese Ängste traten einerseits bei den jungen Schwangeren auf, die eine reale Angst vor der häufig ausweglosen Situation in der sie waren hatten, andererseits bei Frauen, die schon negative Erfahrungen mit der 1. und 2. Schwangerschaft gemacht hatten, und wieder, häufig unerwünscht, schwanger waren.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl der Schwangerschaften in den untersuchten Gruppen. Hier zeigt sich deutlich, daß es sich bei den p.K. häufiger (23 gegenüber 2 in der KG) um 3., 4. bis 7. Schwangerschaften handelt. Diese Schwangerschaften waren häufig unerwünscht.

Zahl der Schwangerschaften	1	2	3	4	5	6	7	Summe
p.K.	19	12	17	2	1	2	1	54
K.G. 1	12	11	0	0	-	1	-	24
K.G. 2	8	1	1	0	-	-	-	10

Tab. 62

$p < 0.1$

Frauen, die eine negative Einstellung zur Schwangerschaft hatten und die ihrer Situation völlig hilflos gegenüberstanden, konnten sich meist wenig auf das Kind freuen, noch auf die Geburt vorbereiten. Voll Angst und Hilflosigkeit oder mit einer totalen Gleichgültigkeit standen sie der Geburt des Kindes gegenüber.

Geburtsvorbereitung	keine	unauffällig	gut	sehr gut	Summe
p.K.	20 (45 %)	11 (24 %)	11 (24 %)	3 (7 %)	45 (100 %)
K.G. 1	5 (20 %)	4 (17 %)	4 (17 %)	11 (46 %)	24 (100 %)
K.G. 2	1 (10 %)	5 (50 %)	2 (20 %)	2 (20 %)	10 (100 %)

Tab. 63

$p < 0.01$

Folgende Fallgeschichten sollen die Begleitumstände der Schwangerschaft illustrieren.

- Fall 1: 3. Schwangerschaft, ungeplant, unerwünscht, Streß durch Landwirtschaft (nahezu alleine versorgt), Hausbau (täglich für 10 Leute gekocht), starke Kreuzschmerzen, Ängste, daß Kind nicht gesund, " viel von toten Leuten und Beerdigungen geträumt."
- Fall 2: häufig Wehen, Cerclage, p.K. in der Anamnese.
- Fall 3: Freund während Schwangerschaft im Gefängnis, Wohnungsproblem, ständig umgezogen.
- Fall 4: häufig Streit mit Mann.
- Fall 8: Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, Belastungen durch p.K. in Anamnese und durch Verhalten des Kindsvaters, der Vaterschaft abstritt, " keine guten Gedanken gehabt, immer Angst und Unruhe gehabt, daß es wieder passiert", drohende Fehlgeburt im 3. Monat.

- Fall 9: Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, Gefahr von Frühgeburt, letzten 3 Wochen gelegen.
- Fall 12: 1. Schwangerschaft: Fehlgeburt im 6. Monat.
2. Schwangerschaft sehr schwierig.
3. Schwangerschaft " Frühgeburtgefahr ", mußte viel liegen.
- Fall 15: viele soziale Probleme, Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, ständig gebrochen.
- Fall 23: seelische Belastung, Dreiecksverhältnis, Ablehnung von Außenwelt und Bekannten, Angst vor Abgang oder Totgeburt, " ab Schwangerschaft ständig vom Sterben geträumt, damit gelebt, gewußt, daß Kind stirbt." Träume: " ich träumte, daß ich von Messer erstochen wurde, daß ich mit dem Kind von Zug oder Auto überfahren wurde."
- Fall 26: Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, Kindsvater anderweitig verheiratet, anstrengende Berufstätigkeit mehr als 10 Stunden täglich.
- Fall 28: Schwangerschaft ungeplant, Depressionen, Cerclage, häufig Wehen.
- Fall 32: 2. Schwangerschaft ungeplant, Kindsvater dagegen, Harnwegsinfektion, langdauernde Erkältung, Übelkeit, häufig Streit mit Ehemann, trank mehrmals sehr viel Alkohol.
- Fall 34: seelische Belastung, weil sich Kindsvater wenig kümmerte, häufige Aufregungen.
- Fall 38: Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, Kindsvater wollte Abtreibung, deshalb Verbindung abgebrochen, von Eltern wegen der Dorfleute rausgeworfen. Frau D. arbeitete dann in einem Haushalt mit einem geistig behinderten Kind. Als Frau D. im 5. Monat schwanger war, starb ihr Chef, darauf bekam sie eine Harnwegsinfektion und mußte längere Zeit ins Krankenhaus.
- Fall 40: 7. Schwangerschaft (1 Abgang mit 14 Jahren), während Schwangerschaft viel geschlagen, Mann wollte Kind nicht, hatte Verhältnis mit anderer Frau.
- Fall 41: 3. Schwangerschaft (1 Abgang), somatische Beschwerden (Kreislaufstörungen, Wehen, Grippe, Pilze).
- Fall 45: Übelkeit, lustlos, nervös, starkes Herzjagen.
- Fall 46: große Partnerprobleme (Alkoholiker, Mißhandlungen, hatte andere Freundin) Kindsvater wollte Abtreibung, stritt dann Vaterschaft ab, Mutter und Schwester wollten Abtreibung, häufig von Schwester und Mutter geschlagen, Gefahr von Fehlgeburt im 5. Monat, Stechen im Leib, als ob man Messer reinrennt. Frau I. verbrachte Schwangerschaft teilweise zu Hause, teils im Krankenhaus und teils in einem Heim für werdende Mütter.

- Fall 48: Depressionen (Schlafstörungen), trank viel Alkohol, Vater starb, als Frau K, im 7. Monat war, Umzug.
- Fall 50: 4 Schwangerschaften, 2 Abgänge, Umzug, Ärger mit Mutter, viel Streit mit Mann, finanzielle Probleme.
- Fall 51: 3. Schwangerschaft (1 Fehlgeburt im 4. Monat).
1. Kind während Schwangerschaft schwere Operation.
- Fall 52: Schwangerschaftsdepressionen (leben auf einsamen Bauernhof).
- Fall 56: Streit mit Schwiegereltern, Cerclage, sehr viel geweint.
- Fall 66: mit 18 Jahren 3. Schwangerschaft, 2 Abtreibungen (mit 15 und 16 Jahren), mehrmals von Freund geschlagen, Umzug, Vater des Freundes starb während der Schwangerschaft.
- Fall 69: Kindsvater unbekannt, Kindsmutter unauffindbar, straffällig, häufig wechselnder Geschlechtsverkehr, im 3. Monat Blinddarmoperation, stürzte sich eine Treppe hinab, daß Kind abgeht, Alkoholiker, nahm während der Schwangerschaft an " Preissaufen " teil.
- Fall 72: Vater starb während der Schwangerschaft, Mann mehrmals operiert

KONTROLLFÄLLE:

- Fall 6: 1. Schwangerschaft geplant, erwünscht, Placentainsuffizienz, Angst, daß Kind nicht gesund, unzufrieden, große Unterstützung vom Mann.
- Fall 10: geplant, erwünscht, 3 Monate gelegen, Darminfektion, nur Kindernahrung vertragen, von Kindsvater und Mutter sehr unterstützt.
- Fall 13: geplant, erwünscht, Wohnungsprobleme, Depressionen.
- Fall 27: Während der Ehe mit dem Alkoholiker 2 Abgänge, in der 3. Schwangerschaft wieder Abgangsgefahr, Muttermund zugenäht, von Freund große Unterstützung, sehr geholfen.
- Fall 42: 6. Schwangerschaft (2 Frühgeburten).
- Fall 63: Arbeitsüberlastung, Schwangerschaftsdepressionen.
- Fall 67: Abgangsgefahr ab 6. Monat, keine Unterstützung.
- Fall 93: ungeplant, Umbau, sehr empfindlich, nervlich kaputt, Angst vor Geburt, Mann beruhigt.

10.2.3.2.5. Geburt

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über den Geburtstermin und das Geburtsgewicht in den untersuchten Gruppen,

Geburtstermin	zu früh (mehr als 3 Wo)	zu spät (länger als 1 Wo)
p.K.	12 (24 %)	7 (14 %)
K.G. 1	5 (21 %)	3 (13 %)
K.G. 2	-	1 (10 %)

Tab. 64 a

Im Histogramm zeigten sich folgende Verteilungen:

Anzahl der Schwangersch. Wochen	31	33	34	36	37	38	39	40	41	42	43	44	Summe
p.K.	1	1	2	2	6	2	2	26	2	4		3	51
K.G. 1	1	-	1	3	1		1	13	1	1	2		24
K.G. 2	-	-	-	-	-	1	1	6	2	-			10

Tab. 64 b

Geburtsgewicht	≤2.000	<2.000-2.500	<2.500-3.000	<3.000-3.500	<3.500-4.000	über 4000	Summe
p.K.	2	3	10	20	14	2	51
K.G.1	-	1	4	9	7	3	24
K.G.2	-	2	3	4	1	0	10

Durchschnittsgewicht p.K.	3.242 g	KG 1 3.416 g	KG 2 3.012 g
---------------------------	---------	--------------	--------------

Tab. 65

Während bei 27 % der betroffenen Mütter und bei 13 % der KG-Mütter die Geburt eingeleitet wurde, fand in der KG2 keine Einleitung statt. Das Vorkommen von Geburtskomplikationen wie vorzeitiger Blasensprung, Kaiserschnitt, intranatale Hypoxie, sowie Komplikationen nach der Geburt bei der Mutter wie Infektionen und beim Kind sind folgender Tabelle zu entnehmen

	Komplikationen b.d. Geburt	nach der Geburt beim Kind	nach der Geburt bei der Mutter
p.K.	19 (39 %)	25 (51 %)	5 (10 %)
K.G. 1	8 (33 %)	7 (29 %)	1 (4 %)
K.G. 2	2 (20 %)	2 (20 %)	- -

Tab. 66

$p < 0.1$

Die postnatalen Komplikationen beim Säugling wie Hypoxien äußern sich z.T. in niedrigen Apgar-Werten.

Apgarwerte	3	4	5	6	7	8	9	10	Summe
1 p.K.	1			3	0	7	20	3	34
K.G. 1	-			1	2	4	7	7	21
K.G. 2	-			-	-	1	4	2	7
2 p.K.	1					1	6	26	34
K.G. 1	-					1	4	16	21
K.G. 2	-					-	-	7	7
3 p.K.							1	33	34
K.G. 1							1	20	21
K.G. 2							0	7	7

Tab. 67

Diese Komplikationen beim Kind erforderten in vielen Fällen eine Inkubatorbehandlung oder besondere medizinische Pflege. Die Folge war häufig, daß es keine oder nur wenig Möglichkeit zum Kontakt zwischen Mutter und Kind gab.

Kontakt zwischen Mutter und Kind	kein	wenig	unauf-fällig	viel	Summe
p.K.	9 (19 %)	11 (23 %)	15 (31 %)	13 (27 %)	48 (100 %)
K.G. 1	3 (13 %)	2 (8 %)	6 (25 %)	13 (54 %)	24 (100 %)
K.G. 2	1 (10 %)	1 (10 %)	3 (30 %)	5 (50 %)	10 (100 %)

Tab. 68

Neben medizinischen Maßnahmen war häufig die Hilflosigkeit der Mutter, die sich gegenüber dem Klinikpersonal nicht durchsetzen konnte, die Ursache für die mangelnde Kontaktmöglichkeit. Eine weitere Ursache hierfür war die Ablehnung des Kindes von seiten der Mutter. Frauen, die viel Kontakt mit ihrem Säugling nach der Geburt hatten, suchten sich häufig vor der Entbindung eine Klinik heraus, in der rooming- in möglich war und bestanden auch in einigen Fällen, trotz Inkubatorpflege, darauf.

Eine Folge des mangelnden Kontakts zwischen Mutter und Kind war in vielen Fällen, daß sie das Kind nicht stillen konnten.

Folgende Tabelle zeigt, daß die betroffenen Mütter ihre Kinder sowohl seltener, als auch nicht so lange stillten,

Fütterungs-technik	Flaschen-nahrung	S t i l l e n				Summe
		1 Wo	2-4 Wo	5-8 Wo	länger	
p.K.	30 (58 %)	2	8	7	4	51
K.G. 1	3 (13 %)	-	7	5	9	24
K.G. 2	2 (20 %)	2	4	2	-	10

Tab. 69

Folgende Fälle sollen durch die Zeit um die Geburt bedingte Belastungsfaktoren veranschaulichen:

- Fall 1: normale Geburt, Kind gesund, Mutter bekam Kind in der Klinik am Tag zweimal, durfte Kind aber nicht füttern, Säugling mußte 4 Wochen zur Beobachtung in Klinik bleiben, Kommentar der Mutter: " Die Schwester behält Kind immer zurück. Ich hatte Angst, in der Klinik anzurufen."
- Fall 3: normale Geburt, Mutter bekam eine Woche ihr Kind nicht, da sie Läuse hatte.
- Fall 4: Komplikationen beim Kind (Herztöne unregelmäßig, Sauerstoffmangel), Kind am 2. Tag in andere Klinik, 6 Wochen Krankenhausaufenthalt (wegen Krampfanfällen, cerebralen Bewegungsstörungen).
- Fall 15: 3 Tage Trennung (Phototherapie).
- Fall 21: Vakuumextraktion, Asphyxie, pro Tag sah Mutter ihr Kind nur einmal.
- Fall 23: Mutter wollte weder stillen noch rooming-in, Kind am 3. Tag auf eigenen Wunsch nur einmal gesehen.
- Fall 30: Geburtstermin 6 Wochen zu früh, Komplikationen, sofort nach der Geburt Trennung, ersten 6 Monate verbrachte Säugling in 3 verschiedenen Krankenhäusern.
- Fall 32: Geburtskomplikationen, 7 Wochen zu früh, 2 Wochen Krankenhausaufenthalt (Inkubatorbehandlung).
- Fall 34: 3-4 Wochen zu früh, Komplikationen bei Kind, nach ein paar Tagen (Mutter sah Kind einmal pro Tag) kam Kind 2 Monate nacheinander in 2 verschiedene Krankenhäuser, Kind in dieser Zeit kaum gesehen.
- Fall 35: Kind trank nicht von Brust.
- Fall 37: Geburtskomplikationen (Vakuumextraktion, intranatale Hypoxie, starke Gelbsucht).
- Fall 38: Frau D. wollte den Säugling nach der Geburt nicht sehen, da sie ihn auf Wunsch ihrer Mutter zur Adoption freigeben sollte. Nach 5 Tagen entschloß sie sich, das Kind zu behalten und sah es zum ersten Mal.
- Fall 45: Geburt 3 Wochen zu früh, am 3. Tag erfuhr Frau B., daß es geklärt werden muß, welches Geschlecht der Säugling hat, von diesem Zeitpunkt an war Frau B. völlig fertig, Säugling mit 2 Wochen eine Woche ins Krankenhaus zur Geschlechtsbestimmung.
- Fall 46: Säugling hatte starke Gelbsucht, deshalb 4 Tage Trennung von Mutter und Kind.
- Fall 47: Apnoe.

- Fall 48: Frau K. ließ die Geburt 8 Tage vor dem Termin einleiten: " Ich wollte das Kind nicht mehr."
- Fall 51: Übertragen, Geburtskomplikationen, Apnoe, 3 Tage Trennung von Mutter und Kind (Kind kam in ein anderes Krankenhaus).
- Fall 56: Kind hatte Gelbsucht (Phototherapie), 2 Tage nicht gestillt (Trennung).
- Fall 66: Übertragen, Geburtskomplikationen, Apnoen, Säugling kam 10 Tage in ein anderes Krankenhaus.
- Fall 68: 2 Wochen zu früh, Komplikationen beim Kind (Mangelgeburt und erhebliche Adaptionsschwierigkeiten. 9 Wochen Trennung von Mutter und Kind, Säugling kam in ein anderes Krankenhaus).
- Fall 69: 6 Wochen zu früh, Gelbsucht, Gehirnschaden, 6 Wochen Klinikaufenthalt.
- Fall 70: Säugling 4 Tage nach Geburt Darminfektion, daraufhin wurde er in ein anderes Krankenhaus verlegt, dort blieb er 5 Wochen.
- Fall 72: 9 Wochen zu früh, Gehirnschaden, Zwillinge kamen in ein anderes Krankenhaus und blieben dort 9 Wochen.

KONTROLLFÄLLE:

- Fall 6: Komplikationen (Hypoxie, erhöhte Bilirubinwerte, 4 Tage Inkubator), positiv, daß Mutter dabei, viel geholfen, rooming-in als in Inkubator, trotzdem gesehen und gestillt.
- Fall 10: Trennung, Kind 3 1/2 Wochen in andere Klinik, weil unregelmäßig geatmet.
- Fall 13: medizinisch auffällig, trotzdem rooming-in.
- Fall 27: Geburt schwierig, starke Beteiligung von Mann gespürt.
- Fall 58: 3 Tage nach Geburt nicht gesehen (Vitaminmangel des Kindes)(für Gestationsalter zu klein).
- Fall 60: starke Gelbsucht, trotzdem rooming-in.
- Fall 63: Geburtskomplikationen (Vakuumextraktion, starke Gelbsucht, Blutunverträglichkeit), trotz Inkubator rooming-in.
- Fall 67: 3 Wochen zu früh, Säugling kam 2 Wochen in den Brutkasten.
- Fall 93: Geburtskomplikationen (intranatale Hypoxie), Inkubatorbehandlung (Lungenentzündung), am 5. Tag nach der Geburt sah Mutter das Kind zum ersten Mal.

10.2.3.2.6. Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings

Die Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings sind sowohl von den genetischen Einflüssen, als auch medizinischen, psychosozialen, prä-, peri- und postnatalen Einflüssen geprägt. All diese Einflüsse stehen in zahlreichen Wechselwirkungen. Postnatal entwickeln sich die Merkmale des Säuglings vorwiegend abhängig von seiner familiären Umwelt. Einige Merkmale (wie lebhaft versus ruhig) zeigten die Säuglinge zum Teil schon in der ersten Zeit nach der Geburt, häufig wurde aber auch ein problematisches Verhalten wie quengeliges Gesamtverhalten oder problematisches Eßverhalten durch die familiäre Situation, besonders durch die Interaktion zwischen Mutter und Kind noch ausgeprägter. So wurden z.B. sehr ruhige Säuglinge häufig von ihren Müttern viel liegen gelassen, da die Säuglinge von sich aus die Interaktion durch Weinen usw. nicht initiierten.

Gesamtverhalten	unauffällig	sehr ruhig	quengelig	Summe
p. K.	21 (42 %)	14 (28 %)	15 (30 %)	50 (100 %)
K.G. 1	21 (88 %)	2 (8 %)	1 (4 %)	24 (100 %)
K.G. 2	9 (9 %)	-	1 (10 %)	10 (100 %)

Tab. 70

$p < 0.01$

Besonders Mütter, die durch Berufstätigkeit (z.B. Bauersfrauen) überlastet waren, dachten, daß die Säuglinge immer schlafen.

Schlafverhalten	sehr viel	sehr wenig	unauffällig	Summe
p. K.	11 (23 %)	11 (23 %)	25 (54 %)	47 (100 %)
K.G. 1	-	1 (4 %)	23 (96 %)	24 (100 %)
K.G. 2	-	-	10 (100%)	10 (100 %)

Tab. 71

$p < 0.01$

Hinsichtlich des Schlafverhaltens zeigen sich zwischen den untersuchten Gruppen signifikante Unterschiede. Hier sei angemerkt, daß sich das Wissen der Mütter über die Zahl der Stunden, die ihr Säug-

ling untertags schläft und die entwicklungsbedingten Unterschiede im Schlafverhalten in den untersuchten Gruppen unterschied. Auch das Eßverhalten war häufiger problematischer als das der KG1 und KG2.

Essverhalten	problematisch	unauffällig	Summe
p.K.	23 (47 %)	26 (53 %)	49 (100 %)
K.G. 1	5 (21 %)	19 (79 %)	24 (100 %)
K.G. 2	2 (20 %)	8 (80 %)	10 (100 %)

Tab. 72

$p < 0.05$

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil somatischer Symptome in den untersuchten Gruppen

Somatische Symptome		
p.K.	36 (67 %)	54 (100 %)
K.G.1	9 (38 %)	24 (100 %)
K.G.2	4 (40 %)	10 (100 %)

Tab.73

$p < 0.05$

Auffällige Verhaltensweisen und somatische Symptome sollen anhand folgender Fallbeispiele aufgezeigt werden.

- Fall 1: retardiert, zu ruhig, kaum geweint.
- Fall 3: quengelig, unausgeglichen, problematisches Eßverhalten, somatische Symptome.
- Fall 4: Spastiker, quengelig, schlief wenig, problematisches Eßverhalten, schwer retardiert.
- Fall 8: problematisches Eßverhalten (wurde von der Mutter "gestopft") schlief sehr wenig, somatische Symptome.
- Fall 12: Durchfall, ständig geschrien, Blähungen, Koliken, viel gebrochen.
- Fall 16: somatische Symptome, Herzfehler, schlecht zugenommen, ab 3. Monat keine Gewichtszunahme, Hypotonie.

- Fall 17: manchmal stark gezittert, " komisch geatmet " .
Fall 22: Asphyxie.
Fall 24: sehr nervös, viel geschrien, lehnte sich weg, spreizte sich ab.
Fall 30: Spastiker, schreckhaft, schlief schlecht.
Fall 31: schlief schlecht, ängstlich, " schwer geschnauft " .
Fall 32: Apnoe, Asphyxie, Trinkschwierigkeiten, Soor, Schlafstörungen, autistische Züge.
Fall 34: Spastiker, Bewegungsstörungen, Hüftgelenksanomalie, schlecht zugenommen.
Fall 35: Kind trank nicht von Brust, brach viel.
Fall 40: Schnupfen, Bronchitis, Milchschorf, häufiges Erbrechen, unruhig, schlief schlecht, appetitlos.
Fall 45: nahm schlecht zu, unregelmäßige Atmung, schwer zu beruhigen, erbrach alles, was man ihm zuviel " reingezwängt " , drehte den Kopf demonstrativ weg. Adrenogenitales Syndrom.
Fall 47: Atemschwierigkeiten, viel gebrochen.
Fall 48: sehr viel krank.
Fall 51: sehr ängstlich, lange Gelbsucht (Klinikaufenthalt) .
Fall 24: Stridor congenitus, empfindliche Haut, blaß, Eisenmangel.
Fall 66: Schwierigkeiten mit Atmung.
Fall 68: Trinkschwierigkeiten, künstlich ernährt, Lungenentzündung.
Fall 69: Gehirnschaden, Gelbsucht, Blutaustausch, 6 Wochen Klinikaufenthalt.
Fall 71: Frühgeburt, Mangelgeburt, multiple Fehlbildung, Mongolismus.
Fall 72: Wasserkopf, Lungenentzündung, Herzoperation, Bronchitis, ZW.
Fall 74: übererregbar, vermehrtes Muskelzittern.
Fall 80: motorische Entwicklung retardiert, häufig krank.

KONTROLLFÄLLE:

- Fall 13: anfangs sehr apathisch, immer lebhafter.
Fall 20: Dysplasie, Dystrophie, chronische Gewichtsabnahme im 6. Monat .
Fall 27: Mangelgeburt, Neurodermitis.
Fall 39: Hypotonie, Erkrankung des Nervensystems, Herzfehler, häufige Infektionen.
Fall 60: aß sehr schlecht.
Fall 62: Apnoeanfall in Kindertrageetasche.
Fall 67: häufig krank.
Fall 73: Mongolismus (ZW) .
Fall 89: in 10 Monaten Kind Depressionen, Weinen, Erbrechen, Durchfall nach Trennung von der Mutter.
Fall 91: Hypotonie, motorisch retardiert, oft Durchfälle.

10.2.3.2.7. Einflüsse während des 1. Lebensjahres

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß viele der wichtigsten Einflüsse im 1. Lebensjahr wie Stimulation durch die Umwelt, Interaktionen mit einer Bezugsperson, Art der Betreuung, Trennungen von Mutter und Kind die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt oder Folgen der Art der Beziehung sind. Die Art der Stimulation im Sinne der Umweltreizung in den untersuchten Gruppen ist folgender Tabelle zu entnehmen.

Stimulation	Überst.	Unterst.	unauffällig	Summe
p.K.	32 (65 %)	5 (10 %)	12 (25 %)	49 (100 %)
K.G. 1	6 (25 %)	-	18 (75 %)	24 (100 %)
K.G. 2	4 (40 %)	-	6 (60 %)	10 (100 %)

Tab. 74

$p < 0.01$

Hier zeigt sich wie in der 1. Untersuchung, daß die p.K. durch ihre soziale Umwelt eher über- oder (in einigen Fällen) unterstimuliert wurden. Die Ursachen der Überstimulation - hier ist der Anteil der p.K. besonders hoch - lagen in sozialen Verhältnissen wie beengten Wohnverhältnissen, in häufigem Umgebungswechsel der Säuglinge durch Umzüge, mehrmaligem Klinikwechsel oder in einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung z.B. aufgrund von Überängstlichkeit der Mutter. Die Ursachen der Unterstimulation lagen einerseits in sozialen Verhältnissen wie Wohnverhältnissen, wo Mutter und Kind so weit voneinander getrennt waren, daß keine Kommunikation möglich war, andererseits in der totalen Überlastung der Mutter durch Berufstätigkeit (Bauersfrauen) oder in einer völligen Ablehnung des Kindes von seiten der Mutter, die deshalb nur die notwendigsten Pflegemaßnahmen leistete, begründet. Wahrscheinlich wurden nicht alle Säuglinge, die unterstimuliert waren, erfaßt, meines Erachtens ist ihr Anteil viel größer. Die Häufigkeit und Umfang der Interaktion zwischen Mutter und Kind sowie die Art der Beziehung zwischen Mutter und Kind sind den beiden Tabellen zu entnehmen.

Interaktion zw.Mutter + Kind	zu wenig	zu viel	adäquat	Summe
p.K.	26 (55 %)	5 (11 %)	16 (34 %)	47 (100 %)
K.G. 1	3 (13 %)	3 (13 %)	18 (74 %)	24 (100 %)
K.G. 2	2 (20 %)	1 (10 %)	7 (70 %)	10 (100 %)

Tab. 75

$p < 0.05$

Mutter-Kind- Beziehung	totale Ablehng.	Gleich- gültigk.	belastet d.äußere Umstände	über- ängstl.	unauf- fällig	sehr gut	Summe
p.K.	3 (6%)	9 (19%)	6 (12%)	6 (13%)	21 (44%)	3 (6 %)	48
K.G. 1	-	1 (4%)	-	1 (4%)	8 (35%)	13 (57%)	23
K.G. 2	-	-	-	1 (10%)	7 (70%)	2 (20%)	10

Tab. 76

$p < 0.01$

Hier sei darauf verwiesen, daß die Zuteilung der untersuchten Fälle hinsichtlich der Art der gestörten Mutter-Kind-Beziehung sehr subjektiv ist. Sie sollen deshalb anhand der Fallbeispiele beschrieben werden. Hier sei betont, daß sich die untersuchten Gruppen hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung signifikant unterschieden. So waren bei den betroffenen Fällen über 50 % auffällig, in der KG1 waren es 8 % und in der KG2 10 %. Auf die wichtigsten Ursachen der gestörten Beziehung wurde hingewiesen wie ungünstige soziale Situation, gestörte oder belastete Beziehung zum Partner, ungünstige Merkmale der Mutter und des Säuglings.

Ein Merkmal der Mutter, das die Beziehung zum Kind und dessen Entwicklung beeinflußt ist deren Einfühlung.

Einfühlung	sehr	wenig	unauffällig	Summe
p.K.	9 (19 %)	14 (29 %)	25 (52 %)	48 (100 %)
K.G. 1	13 (54 %)	2 (8 %)	9 (38 %)	24 (100 %)
K.G. 2	1 (10 %)	-	9 (90 %)	10 (100 %)

Tab. 77

$p < 0.01$

Hier zeigten sich wieder signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Ein Indikator für die Einfühlung der Mutter war deren Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen.

Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen	mangelhaft	unauffällig	gut	Summe
p.K.	14 (31 %)	25 (56 %)	6 (13 %)	45 (100 %)
K.G. 1	1 (4 %)	11 (46 %)	12 (50 %)	24 (100 %)
K.G. 2	1 (1 %)	8 (8 %)	1 (10 %)	10 (100 %)

Tab. 78

$p < 0.01$

Ursache dieser mangelhaften Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen war häufig Unwissenheit oder mangelnde Kompetenz der Mutter.

Weitere Einflüsse im 1. Lebensjahr ist die Art der Betreuung des Kindes.

Betreuung	and. Person	wechselnd	Mutter	Summe
p.K.	6 (12 %)	14 (27 %)	31 (61 %)	51 (100 %)
K.G. 1	-	2 (9 %)	22 (91 %)	24 (100 %)
K.G. 2	-	3 (30 %)	7 (70 %)	10 (100 %)

Tab. 79

Während von der Kontrollgruppe kein Säugling ausschließlich von anderen Personen betreut wurde, waren es bei den p.K. 6. Ein weiterer Faktor, der sich negativ auf den Säugling auswirken kann, sind Trennungen von der Mutter. Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen.

Trennung von Mutter und Kind		$p < 0.05$
p.K.	21 (46 %)	
K.G. 1	4 (17 %)	
K.G. 2	4 (40 %)	

Tab. 80

Besonders negativ kann sich die Trennung von Mutter und Kind auf den Säugling auswirken, wenn diese in den ersten Wochen nach der Geburt erfolgt. In vielen Fällen wurde dadurch die Mutter-Kind-Beziehung schwer belastet.

Trennungen von Mutter und Kind z.B. wegen Krankheit des Säuglings, die zu keinen oder wenig Möglichkeiten zum Kontakt zwischen Mutter und Kind in den ersten 4 Wochen führten, werden in folgender Tabelle sichtbar.

Möglichkeit d.Kontakts zw. Mutter und Kind im 1.Mo	keiner	wenig	unauffällig	viel	Summe
p.K.	6 (12 %)	7 (15 %)	33 (69%)	2 (4 %)	48 (100 %)
K.G. 1	3 (13 %)	-	11 (46%)	10 (42%)	24 (100 %)
K.G. 2	-	1 (10 %)	4 (40%)	5 (50%)	10 (100 %)

Tab. 81

$p < 0.01$

Bevor die Einflüsse während des 1. Lebensjahres des Säuglings an Fallbeispielen veranschaulicht werden, soll die familiäre Situation der Kinder anhand folgender Indikatoren zusammengefaßt werden::

Situation der Familie und der sozialen Umwelt vermittelte keine Lebensfreude:

p.k.	32	(62 %)
K.G. 1	2	(8 %)
K.G. 2	2	(20 %)

Tab.82

$p < 0.01$

Bedeutung des Kindes innerhalb der Familie:

Bedeutung	keine	große
p.K.	15 (29 %)	11 (22 %)
K.G. 1	-	17 (71 %)
K.G. 2	1 (10 %)	3 (30 %)

Tab. 83

$p < 0.01$

Zukunft des Kindes	äußerst ungünstig	ungünstig	unauffällig	günstig	Summe
p.K.	15 (29 %)	16 (31 %)	13 (25 %)	7 (15 %)	51 (100 %)
K.G. 1	1 (4 %)	-	5 (21 %)	18 (75 %)	24 (100 %)
K.G. 2	-	4 (40 %)	5 (50 %)	1 (10 %)	10 (100 %)

Tab. 84

$p < 0.01$

Familienatmosphäre	gespannt	unauffällig	positiv	Summe
p.K.	33 (67 %)	12 (25 %)	4 (8 %)	49 (100 %)
K.G. 1	3 (12 %)	9 (38 %)	12 (50 %)	24 (100 %)

Tab. 85

$p < 0.01$

Es soll nun die familiäre Situation der p.K. kurz beschrieben werden, um deren Entwicklungsbedingungen zu veranschaulichen.

- Fall 2: 27 Jahre, 3. Kind, ungünstige soziale Situation (2. Ehe mit Alkoholiker, arbeitslos, verschuldet), problematische Kindheit (Mutter: Alkoholikerin), 1. Kind häufig krank (Kruppanfälle, Lungenentzündung), 2. Kind starb am p.K. (aus 1. Ehe), 3. Kind aus 2. Ehe starb auch am p.K.. Frau H. wirkt apathisch und gleichgültig.
- Fall 3: 20 Jahre, 1. Kind, asoziale Verhältnisse (Sozialhilfempfehlung, Wohnungsnot, Kindsvater kriminell), beide Elternteile aus extrem ungünstigen Familienverhältnissen, belastete Beziehung zwischen den Kindseltern (Mißhandlungen, Streit, Trennungen, Alkoholismus), Trennung von Mutter und Kind erste Woche nach der Geburt, Familienatmosphäre äußerst gespannt, Frau K. versorgte Kind unzureichend, Angaben des Gesundheitsamtes: Fehlernährung des Säuglings, Kind zur Seite geschoben, " völlig hint angestellt ". Kindsvater hatte Todeswünsche für den Säugling (Träume: Kind fallenlassen, Kind auf Straße gelegt, Kopf wurde weggefahren. Zwei Wochen bevor Kind starb riefen Eltern ihre Eltern an und sagten, daß Kind tot sei) Säugling hatte Angst vor Vater und weinte, wenn er ihn sah. Die letzten 2 Wochen bevor Kind starb, aß es fast nichts mehr.
- Fall 4: 20 Jahre, 1. Kind, Kind hatte von Geburt an cerebrale Bewegungsstörungen, war schwer behindert, viel krank, schlief wenig, schrie ständig, sein Eßverhalten war problematisch, diese pathogenen Merkmale des Säuglings zerstörten nach Angaben der Mutter des Kindes die Ehe, führten zu Wohnungsproblemen, (da Kind ständig schrie) finanzielle Belastungen und psychische Konflikte. Frau W. reagierte mit Depressionen, Hilflosigkeit, Nervosität und hatte Selbstmordgedanken.
- Fall 5: 21 Jahre, 3. Kind. Frau B. wirkt ungepflegt und apathisch, äußerst ungünstige Kindheit (Ablehnung von der Mutter, 10 Jahre Inzest mit Bruder), ging zeitweise gewerblicher Unzucht nach, 1. Ehe mit Alkoholiker, Kind aus 1. Ehe am p.K. gestorben, 2. Ehe : 2.p.K.
- Fall 8: 31 Jahre, 2. Kind, unglückliche Kindheit (wuchs bei Adoptiveltern auf, über Jahre Mißhandlungen, 1. Ehe : 1 p.K., Scheidung, Schwangerschaft äußerst belastet (Kindsvater stritt Vaterschaft ab " keine guten Gedanken gehabt, Angst, daß es wieder passiert, immer Unruhe gehabt ") Säugling trank von Anfang an schlecht " habe alles stundenlang reintrichtern müssen, für eine Mahlzeit brauch'e er 1 1/2 Stunden, ich bin verrückt geworden, es war ein ständiges Thea-

ter, wenn man ihm die Nase zuhielt, brach er alles", Säugling war 2 Wochen im Schwabinger Krankenhaus zur Beobachtung, dort keine Eßprobleme, zu Hause ging "Theater" weiter, für 20 g brauchte er eine Stunde, letzten 5 Wochen nahm Kind ab. Am Tag vor dem Tod bekam Kind einen Kruppanfall, "wie aus letztem Loch gepfeifen." Frau M. wirkte auf mich äußerst aggressiv.

- Fall 9: 34 Jahre, 2. Kind. Interview wurde mit Kindsvater durchgeführt, da Frau M. wegen einer Überdosis an Tabletten nicht aufstehen konnte, Wohnung total verwahrlost (unaufgeräumt, schmutzig), Frau M. wird von ihrem Mann als übernervös, niedergeschlagen und depressiv geschildert. Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, Gefahr von Frühgeburt, letzten 3 Wochen gelegen. Säugling war sehr unruhig und schrie Tag und Nacht.
- Fall 11: 20 Jahre, 2. Kind. Frau L. lebte zeitweise von ihrem Mann getrennt und wollte sich scheiden lassen. 2. Kind von anderem Mann, " hinsichtlich des gesetzlichen Vertreters für das Kind noch keine Entscheidung getroffen ", als Kind starb, lebte Frau B. beim Ehemann (dieser war wegen Arbeitsunfall zu Hause), Säugling zeigte bevor er starb schwere Symptomatik (wurde blaß, ließ Arme hängen, atmete schwer), worauf ihn Stiefvater in ein anderes Zimmer legte.
- Fall 12: 26 Jahre, 2. Kind. Frau P. hatte äußerst ungünstige Kindheit (uneheliches Kind, in Heimen und bei verschiedenen Pflegeeltern aufgewachsen, im Dorf diskriminiert, " Zigeunerkind ", neigt zu Frühgeburten, 1. Kind Frühgeburt " ständig gebrochen und gebrüllt, nach Fehlgeburt 3. Schwangerschaft (ungeplant), ab 3. Schwangerschaftsmonat ständig Wehen (Abgangsgefahr). Frau P. mußte immer liegen, Geburt 4 Wochen zu früh, Säugling trank schlecht, hatte häufig Durchfall, schrie ständig, als Säugling 2 Wochen Operation wegen Leistenbruch (3-wöchiger Krankenhausaufenthalt) bald darauf wieder Leistenbruch (3-wöchiger Krankenhausaufenthalt) " ich war ständig beim Doktor, er hatte Blähungen und Koliken ", " ich war nervlich herunter, mein anderes Kind hat auch furchtbare Nerven gebraucht ". Säugling starb ein paar Tage nach der Trennung von den Eltern wegen Urlaub). " Frau P. wirkt sehr aggressiv und dominierend."
- Fall 15: 17 Jahre, 1. Kind, asoziale Verhältnisse (Sozialhilfeempfänger, Wohnungsproblem) ungünstige Kindheit, (als Kind immer deprimiert, geweint, " Magersucht ") Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, keine Unterstützung von so-

zialer Umwelt, somatische Beschwerden (Erbrechen), Säugling hatte nach der Geburt starke Gelbsucht, totale Überstimulation (" Mutter und Kind schliefen jede Nacht woanders "), Jugendumt wollte, daß Kind zur Adoption freigegeben wird. Säugling starb am 1. Weihnachtsfeiertag.

- Fall 16: 22 Jahre, 2. Kind. Frau F. wirkt sehr nervös und überängstlich, sozial unauffällig. 1. Kind: Angstzustände " verschrocken ", funktionelle Entwicklungsstörungen, hatte Angst vor dem Gehen, lernte mit 2 Jahren das Laufen, in Gegenwart der Mutter stammelt das Kind, im Umgang mit diesem Kind wirkt Frau F. inkonsequent und übernervös, 2. Kind: 2 Wochen übertragen, nicht gestillt, " sehr schlecht zugenommen, " ab 3. Monat: keine Gewichtszunahme, Hypotonie, " seelische Veränderungen weitblickend, Appetit verlassen, alles gespuckt ", Woche bevor gestorben akut gezahnt, Mund wund, Kind sehr müde, letzten Tage bevor gestorben teilnahmslos, appetitlos, wehleidig, " häufig abwesend ", Säugling sollte zur Beobachtung in Klinik, deshalb war Frau F. völlig deprimiert, ein Tag nach dem Tod des Säuglings war großes Familienfest geplant. Obwohl Frau F. durch ihre beiden Kinder völlig überlastet war, hatte sie noch ein Pflegekind.
- Fall 17 33 Jahre, 2. Kind, sozial unauffällig. Frau G. ist Ausländerin, sie wirkt übernervös und dominierend, Beziehung zum Ehemann, dieser bezeichnet sich als depressiv, wirkt sehr gespannt, im Umgang mit ihren Kindern ist sie überängstlich, 1. Kind: Ekzeme, viel gebrochen, schlecht zugenommen, 2. Kind: ungeplant (Indikation schon gehabt) Geburt: 12 Tage vor dem Termin, " Säugling zitterte häufig stark, ich hatte ständig Angst und rannte zum Doktor ". Als Kind starb, lebte Frau G.'s Mutter bei der Familie G., es gab sowohl Spannungen zwischen Mutter und Tochter als auch zwischen der Schwiegermutter und Herrn G.
- Fall 19: 30 Jahre, 2. Kind. Türken, " Wohnungsprobleme, Kinderproblem, " Kind lebte 4 Jahre in der Türkei, zu Besuch in Deutschland, Mutter und Kinder krank, " wenig gegessen, schlecht geatmet, Erkältung, Fieber, nicht gespielt, fühlte sich in Deutschland nicht wohl. " Familie lebte zu fünft in 1-Zimmer-Appartement.
- Fall 23: 22 Jahre, 3. Kind. Frau B. ist verheiratet, wurde nach Partnertausch im Fasching von einem anderweitig verheirateten Mann schwanger, lebt nun mit beiden Männer zusammen.

Frau B. wirkt apathisch und kümmert sich kaum um die Kinder, " von der sozialen Umwelt diskriminiert," 3. Schwangerschaft sehr belastet, " ich habe nie geglaubt, daß Kind lebt, nur vom Sterben geträumt, geträumt, daß Abgang oder Totgeburt." Seelische Belastungen: Zusammenleben mit 2 Männern, Ablehnung von Außenwelt, Cercelage im 4. Monat (Abgangsgefahr) " ich habe gewußt, daß es stirbt." Träume: " ich träumte, daß ich erstochen werde - ich fuhr mit Kind Zug, Kind fiel aus dem Zug, ich sprang nach - ich wurde von 2 Dampfern erdrückt - Kind wurde erschossen- ich bin fast wahnsinnig geworden, Kind wollte ein paar Mal sterben während der Schwangerschaft und der Geburt, man hat es nicht sterben lassen." Geburt: Kaiserschnitt, Säugling gesund. Frau B. durfte ersten 3 Tage Kind nicht sehen (weil sie nach Ansicht des Klinikpersonals zu schwach war) Frau B. kümmert sich dann wenig um das Kind (Unterstimulation !). Auch die beiden anderen Kinder (4,5 Jahre) werden vernachlässigt, sie spielen unbeaufsichtigt auf der Straße und besuchen keinen Kindergarten.

Fall 26: 29 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, Kind von verheiratetem Mann, ungünstige Wohnverhältnisse, Schwangerschaft ungeplant, unerwünscht, anstrengende Berufstätigkeit, Säugling war sehr nervös " brüllte non stop 7 Stunden und nachts oft durch." Mutter und Kind bewohnten 9 Monate 1-Zimmer-Appartement. Beziehung zum Kindsvater problematisch, " seine Frau durfte von allem nichts wissen und ich konnte ihn 2 mal wöchentlich ein paar Minuten sehen." Frau P. " war nervlich völlig fertig, am Boden zerstört, hatte sehr leichten Schlaf, Halluzinationen, war übernervös, zitterte, hatte Konzentrationsschwierigkeiten, Gewichtsabnahme." Nach dem Umzug bekam Säugling Röteln, er war sehr unruhig. Frau P. war dann total fertig. In den nächsten Monaten blieb die Situation unverändert, der Säugling war mehrmals erkältet, da Frau P. ganztags berufstätig war, wurde er untertags von einer Freundin versorgt, als der Säugling starb, war er mit seiner Mutter beim Großvater, einen Tag vorher war er erkältet. Frau P. fand ihren Sohn unter einem schweren Federbett begraben. Frau P. lebte bis zum Tod des Säuglings in großen Spannungen, weder der Kindsvater noch die Familie von Frau P. akzeptierten das Kind.

Fall 1: 31 Jahre, 3. Kind. Bauersfrau, total überlastet, belastete Beziehung zum Ehemann, dieser ist wenig zu Hause und

nervös. 1. Kind schlecht aufgenommen, Schwangerschaft ungeplant und unerwünscht, 28 Tage nach der Geburt Trennung von Mutter und Kind, Kind sehr ruhig, retardiert, Unterstimulation, wenig Interaktion zwischen Mutter und Kind.

- Fall 21: 40 Jahre, 3. Kind. Bauersfrau, ähnlich wie Fall 1 total überlastet (arbeitet 14 Stunden/Tag)
- Fall 56: 23 Jahre, 1. Kind. Bauersfrau, total überlastet, versorgte Landwirtschaft und Wirtschaft, Säugling wurde von vielen Personen gepflegt, große familiäre Spannungen.
- Fall 71: 41 Jahre, 4. Kind. Bauersfrau, 3. Kind schwer retardiert, besucht Sonderschule, gespannte Familienverhältnisse (Großvater wollte Familie vergiften), völlig überlastet durch Landwirtschaft, Haushalt und Beschwerden (Rheuma, Herzfehler, Asthma), Säugling hatte multiple Fehlbildungen, Unterstimulation.
- Fall 24: 29 Jahre, 2. Kind (Zwillinge), ungeplante Schwangerschaft, Belastungen, Umzug, Schlafstörungen, Schock, Geburt 3 Wochen vor dem Termin. Beide Kinder Bewegungsstörungen, das verstorbene Kind gesünder und Lieblingskind, Zwillingsschwester (Apnoe an Silvester), bevor Säugling starb Schnupfen, gezahnt, Durchfall, wenig geschlafen. Besuch lebte bei Familie.
- Fall 28: 21 Jahre, 2. Kind. 1. Kind mit 15 Jahren, 2. Schwangerschaft ungeplant " Wehen durch berufliche Belastungen und Aufregungen," Schwangerschaftsdepressionen, Geburt 3 Wochen zu früh, ein Tag bevor Kind starb: Schnupfen, Hausparty.
- Fall 29: 27 Jahre, 1. Kind, unauffällige soziale Verhältnisse, positive Familienverhältnisse, Säugling starb mit 5 Monaten am 5. Tag nach erster Trennung von der Mutter (wegen Urlaub).
- Fall 30: 24 Jahre, 1. Kind, unglückliche Kindheit (Vater starb früh an Gehirntumor), belastete Schwangerschaft: Mumps, Blutungen, Wehen, Entzündungen, Säugling kam 6 Wochen zu früh zur Welt, Säugling zeigte folgende Symptome: cerebrale Bewegungsstörungen, verzögerte intellektuelle Entwicklung, mehrmalige Krankenhausaufenthalte. Kind starb nach Besuch in Amerika.
- Fall 31: 30 Jahre, 3. Kind. Türken, soziale Probleme, finanzielle Probleme, (Wohnungsnot: kleine 3-Zimmer-Wohnung wird von 6 Personen bewohnt, starker Flug- und Straßenlärm) die psychologische Familienatmosphäre ist sehr günstig ! Der Säugling hatte folgende Merkmale: " beim Trinken schnaufte er schwer, hatte oft Angst, schaute immer nach oben, brach oft und schlief schlecht."
- Fall 32: 31 Jahre, 2. Kind, sozial unauffällig. Mutter problematische

Kindheit: Vater hatte sexuelle Beziehung zu Mutter und Tante, die auch im Haushalt wohnte. Frau D.'s Schwester ist Spastiker, beide Kinder schwachsinnig. Frau D.'s Bruder hatte Asthma und verunglückte tödlich. Frau D. leidet unter phasisch auftretenden Depressionen, die Beziehung zwischen den Kindseltern verschlechterte sich durch die ungeplante Schwangerschaft, Herr T. war gegen diese Schwangerschaft (Harnwegsinfekte, Erkältung, Übelkeit, Depressionen), nach einem Ehestreit, der dazu führte, daß sich Frau D. betrank, setzten Blutungen ein und es kam zu einer Frühgeburt (7 Wochen zu früh). Der Säugling war längere Zeit im Krankenhaus und zeigte folgende Merkmale: " anfangs Apnoen, Asphyxie, Bronchitis, Trinkschwierigkeiten, Schlafstörungen, reagierte nicht auf Kontakt, autistische Züge, sehr schreckhaft, kein Interesse für die Umwelt, für Neuerungen nicht zu haben. Vor dem Tod: Erkältung, unruhig, große Einladung mit 30 Leuten, Frau D. krank, Säugling hatte neues Bett und schlief in der Küche, in der es sehr kalt war.

- Fall 34: 19 Jahre, 1. Kind, geheiratet nach der Geburt, äußerst belastete Schwangerschaft durch anstrengende Berufstätigkeit, viel Aufregungen, wenig Unterstützung vom Kindsvater, mit diesem kaum Kontakt, Frühgeburt, Säugling hatte schwere somatische Erscheinungen (Spastiker, Demenz), nahm schlecht zu und reagierte kaum auf Reize, häufiger Krankenhausaufenthalt, deshalb wochenlange Trennungen zwischen Mutter und Kind (Füssen, Garmisch, München, Augsburg). Tag bevor Kind gestorben Besuch bei schwer behinderten Kind (4 Jahre, konnte sich nicht bewegen), worauf Frau L. völlig deprimiert war.
- Fall 35: 22 Jahre, 1. Kind, aus sozialer, medizinischer und psychologischer Sicht unauffälliger Fall. Säugling schlief äußerst wenig, 3 Wochen bevor er starb hatte er eine leichte Grippe und wurde geimpft. Belastungen: die Eltern schliefen mit dem Kind in einem 9 qm großen Schlafzimmer, Säugling verstarb im Auto in einer Tragetasche nach einem Familienausflug, ein Säugling der Nachbarin verstarb auch am p.K., deshalb hatte Frau L. Angst, daß ihr Säugling auch stirbt.
- Fall 37: 20 Jahre, 1. Kind, unglückliche Kindheit, Belastungen während der Schwangerschaft, Schwiegermutter wollte Kind nicht als Enkel anerkennen. Komplikationen beim Kind (Hypoxie, Ikterus, Blutunverträglichkeit), 2 Wochen bevor Säugling starb: Fieber, geizt, am Tag bevor gestorben, von Mann

und Schwester versorgt, Kind wurde verdreht im Bette liegend und verdeckt aufgefunden.

- Fall 38: 18 Jahre, 1. Kind, große sozialen Probleme: unverheiratet, von Eltern verstoßen, finanzielle Probleme, psychologische Belastungen: Kindsvater stritt Vaterschaft ab, Streit mit den Eltern, belastete Schwangerschaft, anstrengende Berufstätigkeit (Haushalthilfe in Familie mit geistig behindertem Kind, Todesfall) Krankenhausaufenthalt (Harnwegsinfektion, Gallenkoliken, Erbrechen). Geburt: 16 Tage nach Termin, 5 Tage nach der Geburt Trennung von Mutter und Kind (Adoptionswunsch). Säugling schrie ständig, nahm schlecht zu, Heim für Mutter und Kind (Überstimulation). Am Tag als Säugling starb, wurde er von einer Freundin versorgt.
- Fall 40: 27 Jahre, 6. Kind, ungünstige soziale Verhältnisse. 3. Ehe, Frau G. hatte äußerst unglückliche Kindheit, mit 14 Jahren Abgang Zwillinge, 1. Ehe: 1 Kind, lebt mit Schwiegereltern, Scheidung mit 18 Jahren " dieser Mann war verhur, Alkoholiker und verbubelte Geld." 2. Ehe: aus dieser Ehe gingen 3 Kinder hervor (ein Kind lebt bei der Großmutter) Ehemann verunglückte tödlich. 3.Ehe: 5. Kind (verhaltensgestört, appetitlos), 6. Kind (p.K.). Während Schwangerschaft häufige Mißhandlungen, Freundin des Mannes lebte im gleichen Haushalt, Geburt 3 Wochen zu früh, Merkmale des Säuglings: Schnupfen, Bronchitis, Milchschorf, schlief schlecht, appetitlos. Familienatmosphäre: äußerst gespannt, viel Streit, Trennung vom 3. Ehemann, Kinder sind verwahrlost.
- Fall 41: 21 Jahre, 2. Kind, unglückliche Kindheit. Frau H. wiegt ca. 45 kg, wirkt überaus nervös, distanziert, kalt, energisch, streng und wenig einfühlend. 1. Kind: schlechter Esser, stark untergewichtig, 7 Krankenhausaufenthalte, Krampfanfälle, nach einem Abgang 3. Schwangerschaft, belastet durch somatische Beschwerden, 2. Kind: nahm schlecht zu, mit 6 Wochen Geburtsgewicht nicht überschritten, gegen Willen der Mutter Klinikeinweisung, ein Monat Klinikaufenthalt, nach 2-tägigem Aufenthalt zu Hause starb Kind (in diesen 2 Tagen Überforderung des Säuglings durch Besuch von vielen Verwandten und Bekannten, Schlafdeprivation).
- Fall 43: 29 Jahre, 3. Kind, sozial unauffällig. Mutter: Sklerodermie. Beziehung zum Mann: belastet durch Überlastung des Mannes. 1. Kind: sehr sensibel, häufig gebrochen, Umzug, dadurch Trennung von Familie und Bekannten. 3. Schwangerschaft: ungeplant, eine Woche vor Tod: Erkältung, Impfung. Tag vor

Tod: Säugling sehr unruhig, abends von einer Bekannten gehütet.

- Fall 44: 24 Jahre, 1. Kind, Belastungen während der Schwangerschaft: Kindseltern in Ausbildung, sehr kleine 2-Zimmer-Wohnung, nach Geburt wurde Kind beatmet, Säugling war sehr unruhig und schlief kaum, somatische Symptome: Dermatitis, Überstimulation durch häufige Besuche und Unternehmungen, keine adäquate Rollenverteilung zwischen den Eltern. Spannungen. 2 Wochen vor dem Tod: Schnupfen, Darminfektion, hohes Fieber. Ein Tag vor dem Tod: Überforderung des Säuglings, Wohnungssuche, Ausflug, Schlafdeprivation.
- Fall 45: 35 Jahre, 2. Kind, sozial unauffällig. Merkmale der Mutter: vegetative Dystonie (erhöhte Nervosität, Depressionen, Schlafstörungen, Herzjagen, Müdigkeit, Schweißausbrüche) Merkmale des Vaters: Übelkeit, Gefühl ohnmächtig zu werden. 1. Kind: Trinkschwierigkeiten, Schlafstörungen, sehr nervös. 2. Schwangerschaft nach einer Hormonbehandlung, Belastungen während der Schwangerschaft: Unwohlsein, Übelkeit, lustlos, nervös, Herzjagen, Verkrampfen der Hände. Geburt: 3 Wochen zu früh, am 3. Tag nach der Geburt erfuhr Frau K., daß Säugling kein Bub, sondern ein Mädchen ist (Adrenogenitales Syndrom) " Von da an nahm ich Beruhigungsmittel und war völlig fertig." Von diesem Zeitpunkt an verschlimmerten sich die Schwierigkeiten mit dem Trinken. Frau K. wurde immer nervöser und der Säugling immer schwieriger zum Haben. " Er erbrach alles was man ihm zu viel reingezwängt hatte, drehte den Kopf demonstrativ weg und suchte den Blickkontakt nicht." Weitere Belastungen: 9 Tage Trennung von Mutter und Kind, 2 Wochen Urlaub, anschließend eine Woche Darminfektion, verbunden mit Husten.
- Fall 46: 17 Jahre, 1. Kind, ungünstige soziale Verhältnisse (unverheiratet, finanzielle Probleme, arbeitslos, wohnte bei den Eltern mit dem Kind in 8 qm großen Zimmer), psychologische Konflikte: äußerst problematische Kindheit: Vater unbekannt, Stiefvater (Alkoholiker) Inzest, Sündenbockrolle, häufige Mißhandlungen, Ablehnung von der Mutter, Magersucht (ißt tagelang nichts und raucht nur), problematische Beziehung zum Kindsvater (Alkoholiker), dieser stritt Vaterschaft ab, Mißhandlungen, Schwangerschaft: häufig geschlagen, Gefahr von Fehlgeburt, monatelang Krankenhausaufenthalt, anschließend Heim für Mutter und Kind. Nach der Geburt Säugling starke Gelbsucht, 4 Tage Trennung von Mutter und Kind.

- Am Tag bevor gestorben, trank Kind weniger, große familiäre Spannungen (Frau I. wurde von Stiefvater geschlagen, als sie das tote Kind nicht sofort weglegte !)
- Fall 47: 21 Jahre, 3. Kind, unverheiratet. Alle 3 Kinder von verschiedenen Vätern, unglückliche Kindheit: Vater unbekannt, Heimunterbringung, Mißhandlungen von der Mutter. Mit 17 Jahren 1. Kind, 1. Kind ist menschen-scheu, spricht nichts (3 1/2 Jahre alt) und liegt häufig den ganzen Tag im Bett. 2. Kind: blaß, apathisch, wimmert vor sich hin. 3. Kind: Atembeschwerden, häufig ohnmächtig, viel gebrochen. Frau W. wirkt völlig apathisch und gleichgültig und reagiert nicht auf die schweren Symptome der Kinder. Völlig verwahrloste Wohnverhältnisse, von Dorfgemeinschaft diskriminiert.
- Fall 48: 34 Jahre, 2. Kind, sozial unauffällig. Merkmale der Mutter: übernervös, gereizt, depressiv, trinkt viel Alkohol. Belastungen während der Schwangerschaft: Umzug, " ich hatte schlimmste Depressionen, war schlaflos, trank viel Alkohol, mein Vater starb im 7. Monat. Ich drehte durch. Ich konnte nicht atmen, alles engte mich ein." Geburt: 1 Woche vor Termin: " Ich wollte das Kind nicht mehr." Beide Kinder ständig krank: Schnupfen, Erkältung, oft beide 40° Fieber, durch diese Krankheiten fühlte sich Mutter überfordert und reagierte mit Depressionen, dazu kamen Eheprobleme. 2 Wochen vor Tod Darminfektion, 3 Tage vor Tod Kind erkältet, Eltern im Urlaub. Tag vor Tod: Erkältung, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Trennung von Eltern.
- Fall 49: 24 Jahre, 3. Kind, völlig unauffällig am Todestag: Hochzeitsfeier.
- Fall 50: 29 Jahre, 4. Kind, 2 Abgänge, 2. Ehe, unglückliche Kindheit, 2 Kinder aus 1. Ehe leben bei Schwiegermutter, ein Kind zur Adoption freigegeben, Schwangerschaft belastet, Umzug, finanzielle Probleme, Autounfall. Tag vor Kind starb Vater-tag, als Kind starb, war es alleine.
- Fall 51: 34 Jahre, 2. Kind, eine Fehlgeburt, sozial unauffällig. Merkmale der Mutter: Hysteriker !, Schwangerschaft belastet: Neigung zu Fehlgeburt, Blutungen, Nierenentzündung. 1. Kind schwere Operation, schwierige Geburt: übertragen, 3 Tage Trennung von Mutter und Kind (Atmungsstörungen). Merkmale des Säuglings: sehr ängstlich, zitterig, lange Gelbsucht, nervös, neigt zu Erkältungen, symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind " als ob er für mich gelebt hätte, er hat keine Lust mehr gehabt, nicht um Leben gekämpft."

- Fall 52: 33 Jahre, 2. Kind, aus sozialer und psychologischer Sicht unauffällig, Schwangerschaft: Depressionen, Säugling: Hypertonie, letzten Tage vor Tod: schwer geschnauft, wenig gegessen, Tag vor Tod: Besuch.
- Fall 55: 28 Jahre, 2. Kind, sozial unauffällig, Schwangerschaft belastet: berufstätig als Sonderschullehrerin, Umzug im 9. Monat, Hausumbau, wenig Unterstützung vom Mann, durch Berufstätigkeit und Promotion überlastet, Ängste, im 5. Monat Grippe. Merkmale des Kindes: Stridor congenitus, empfindliche Haut, Eisenmangel, beide Kinder schliefen häufig unter Decke.
- Fall 57: 28 Jahre, 3. Kind, sozial unauffällig, unglückliche Kindheit: Eltern geschieden, bei Tante aufgewachsen. Merkmale des Kindes: Gelbsuchtwerte lang konstant, schlief sehr viel. Tag vor Tod: Weihnachtsfeier. Im Kinderwagen verstorben.
- Fall 66: 18 Jahre, 1. Kind. 1. Schwangerschaft mit 15 Jahren ("Schwiegervater" führte Abtreibung durch). 2. Schwangerschaft mit 16 Jahren: Abtreibung, unglückliche Kindheit: Vergewaltigungen vom Vater, Alkoholismus, Mutter: Dirne. Merkmale der Mutter: Depressionen, Magersucht (wiegt 40 kg), Sucht (40-50 Zig/Tag , Tablettensucht), wirkt ungepflegt und verwahrlost, unterdurchschnittliche Intelligenz. Beziehung zum Kindsvater: äußerst problematisch, beide häufig wechselnden Geschlechtsverkehr, teilweise Mißhandlungen, Trennungen. Heirat als Säugling 6 Monate, Scheidung nach dem Tod des Kindes. Kindsvater lehnte Schwangerschaft ab und wollte Abtreibung. 10 Tage nach der Geburt Trennung von Mutter und Kind, Säugling Schwierigkeiten mit Atmen, Säugling häufig krank, mit 2 Monaten Brechdurchfall (beinahe gestorben), mit 9 Monaten Verdacht auf Lungenentzündung. Ab 8. Monat ganztägig in Kinderkrippe, da Frau N. ganztägig berufstätig. " Kind letzte Zeit sehr müde, viel geschlafen, von Kindern alles gefallen lassen, nicht gewehrt, wenn geschlagen." Kind starb mit 16 Monaten an einem Rosenmontag.
- Fall 68: 33 Jahre, 1. Kind, sozial unauffällig. Mutter: symptomatische Epilepsie (vor Familie verheimlicht), depressive Grundstimmung. Schwangerschaft: sehr viel Angst, weil Säugling wenig bewegt und gezittert, Mutter sehr religiös, dachte, daß Kind stirbt (Taufwasser in Klinik mitgenommen und dort selbst getauft). Merkmale des Kindes: Früh-Mangelgeburt, erhebliche Adaptionsschwierigkeiten, Gedeihstörungen, Hypocalcämie, Bronchiolitis, Lungenentzündung, 9-wöchiger Krankenhausaufenthalt (Trennung von Mutter und Kind), Trinkschwierigkeiten, " immer Gefühl gehabt, daß er nur kurz da ist, ich war sehr deprimiert! Als Säugling starb, war Besuch da.

- Fall 69: ca. 22 Jahre, 2. Kind, unverheiratet, kriminell.
1. Kind zur Adoption freigegeben. Schwangerschaft: Treppe heruntergestürzt, daß Kind abgeht, Alkoholiker (nahm an " Preissaufen " teil). Geburt 6 Wochen zu früh. Merkmale des Säuglings: Gelbsucht, Blutaustausch, Gehirnschaden, von Geburt an Bronchitis, schwer geschnauft, mehrere Klinikaufenthalte. Frau B. " schenkte " Säugling her, als dieser 2 Wochen alt war, zur Adoption freigegeben, von Pflegeeltern versorgt.
- Fall 70: 22 Jahre, 1. Kind, Säugling wegen Darminfektion 5 Wochen im Krankenhaus, war nur 3 Tage bei der Mutter.
- Fall 72: 24 Jahre, Zwillinge, sozial unauffällig, unglückliche Kindheit: Vater Alkoholiker, streitsüchtig, Mißhandlungen. Merkmale der Mutter: starkes Übergewicht. Beziehung zum Kindsvater: belastet durch schwere Krankheiten des Mannes, in den letzten Jahren fünfmal operiert. Schwangerschaft: Vater gestorben, Mann ständig schwer krank, Frühgeburt (9 Wochen vor Termin), beide Kinder schwer krank: Gehirnschaden, lange künstlich ernährt, Lebervergrößerung, Hydrocephaloentwicklung, Lungenentzündung, Herzoperation, mehrere Wochen Krankenhausaufenthalt. Frau I. war durch die Versorgung der beiden kranken Kinder und durch die Belastung, daß Mann schwer krank ist, völlig überlastet. Am 9.12. wurde Mann operiert, wäre beinahe gestorben, am 5.12. sollte der Säugling operiert werden (Operation wurde verschoben), er verstarb am 6.12. im Krankenhaus.
- Fall 74: 35 Jahre, 2. Kind, unglückliche Kindheit, Vater unbekannt, bei Pflegeeltern aufgewachsen, Sündenbock, 1. Kind wirkt völlig gestört, ängstlich, Schulprobleme. Schwangerschaft: ständig gebrochen. Merkmale des Kindes: Übererregbarkeit, vermehrtes Muskelzittern, " zu faul zum Trinken ", undurchsichtiger Fall. Frau F. wirkt äußerst distanziert, widerspricht sich häufig, (kein Blickkontakt möglich).
- Fall 75: Eltern unbekannt, Mutter unverheiratet, Philippinen, sollte von einer Deutschen, die in Manila lebt, adoptiert werden. Säugling starb, als in Deutschland zu Besuch, undurchsichtiger Fall: Säugling fiel vorher zweimal aus Kinderwagen. Zimmer, in dem Kind starb, sehr kalt (15°), Säugling überdeckt aufgefunden.
- Fall 76: Eltern aus Berlin, Skiurlaub mit Säugling in Österreich in einem Campingbus. Säugling krank: Erbrechen, Durchfall, schlief schlecht. Obwohl stationäre Aufnahme erforderlich, führen Eltern auf eigenen Wunsch nach München, Säugling starb unterwegs.

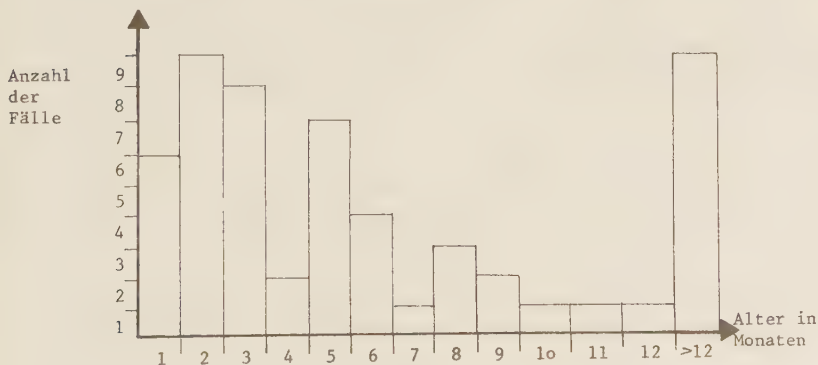
- Fall 77: 32 Jahre, 5. Kind, 4. Tochter (sollte Bub werden) Türken. Mutter schlief im Wohnzimmer, mit Tochter in einem Bett, daß Vater Nachtruhe hat. Säugling verstarb in Bettmitte unter Bettdecke.
- Fall 78: 22 Jahre, 3. Kind, unverheiratet. 1. Kind zur Adoption freigegeben, 2. Kind: Zwangsadoption, völlig asoziale Verhältnisse, Kindsvater geschieden, kümmert sich nicht um Kind, Sozialhilfeempfänger, verwahrloste Wohnverhältnisse, " unbeschreiblicher Schmutz und Durcheinander, penetranter Geruch, kotverschmiertes Leintuch ", Säugling total geschwächt und verwahrlost,
- Fall 79: 20 Jahre, 1. Kind, unverheiratet, häufiger Partnerwechsel, asoziale Verhältnisse. Mutter und Kind hatten Unterge- wicht, keinen festen Wohnsitz, Mutter und Kind lebten teilweise in 1-Zimmer-Appartement, das früher "Puff" Säugling 4 Wochen zu früh geboren, Säugling verstarb in einem Ger- tenhaus.
- Fall 80: 38 Jahre, 3. Kind, asoziale Verhältnisse. Vater: Zuhäl- ter, kriminell, neigt zu Gewalttätigkeit, Alkoholiker. Mutter: Dirne (obwohl nur ein Bein), 1. Kind: wegen Vernachlässigung Jugendamt, Wohnung: " verwahrlost und schmutzig ". Merkmale des Kindes: reduzierter Allgemein- zustand, häufig krank, Erbrechen, Appetitlosigkeit, moto- rische Entwicklung retardiert.
- Fall 81: 19 Jahre, 1. Kind, sozial ungünstige Verhältnisse, unver- heiratet, Wohnung schmutzig und ungepflegt, 2 Zimmer, 1 Zimmer untervermietet. Kindsvater arbeitslos (Schau- stellergehilfe), vorbestraft. Tag vor Tod des Kindes: Streit zwischen Kindseltern. Frau M. zog aus und wollte Kind mitnehmen. Kindsvater dagegen. Säugling weinte viel, wenig Appetit, von Nachbarn wegen Vernachlässigung des Kindes im Sozialamt angerufen. Kinderarzt: " In Entwick- lung körperlich zurückgeblieben, schwächliches und kränk- liches Kind."
- Fall 82: 20 Jahre, 3. Kind, (1. Kind mit 16 Jahren) Merkmale des Kindes: Muskelhypotonie, Mundsoor, zart, Stoffwechsel- erkrankung (Verdacht auf Phenylke tonurie).
- Fall 83: 23 Jahre, 1. Kind, ungünstige soziale Verhältnisse, unver- heiratet, Kindsvater unauffindbar. Frau S. vorbestraft (ge- werbliche Unzucht), lebte mit Kind in Heim. Die Nacht als Kind starb Mutter nicht zu Hause.
- Fall 84: 22 Jahre, 1. Kind. Kindsvater: Alkoholiker, verschuldet, eine uneheliche Tochter in Heim untergebracht, Ehe von Anfang an zerrüttet, Scheidungsklage eingereicht. Frau W. arbeitet halbtags, Säugling in Kinderkrippe, Wohnung unordentlich, Säugling starb in Sylvesternacht.

10.2.3.8. Todesumstände

Hier ließen sich wieder viele Faktoren der Todesumstände bestätigen, die in der Literatur und in der ersten Untersuchung beschrieben wurden:

- 3 Wochen vor dem Tod zeigten 29 (57 %) der p.K. Symptome (wie unspezifische Infektion, Apnoen, neurologische Sensationen) oder Verhaltensauffälligkeiten (wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit).
- 3 Wochen vor dem Tod fanden bei 18 (37 %) Familien der p.K. Ereignisse wie Umzug, Urlaub, Kündigung, schwere Streitigkeiten, statt.
- 3 Wochen vor dem Tod waren 8 (16 %) der p.K. von ihren Müttern getrennt.
- am Tag vor dem Tod zeigten 29 (58 %) der p.K. Symptome und/oder Verhaltensauffälligkeiten und bei 33 (67 %) der betroffenen Familien waren außergewöhnliche Ereignisse.
- bei 13 (26 %) der p.K. waren die Mütter bei Todeseintritt nicht erreichbar.
- 35 (73 %) starben zu Hause.
- 16 (32 %) hatten ungünstige Schlafverhältnisse
- 38 (83 %) befanden sich in Bauchlage, 5 (11 %) in Rückenlage und 3 (6 %) in seitlicher Lage.
- 20 (44 %) waren überdeckt.
- alle Kinder starben im Schlaf.
- eine Auflistung nach Wochentagen zeigt, daß 17 (31 %) an Sonn- und Feiertagen und 34 (63 %) von Freitag bis Sonntag starben.

Die Altersverteilung ist folgender Tabelle zu entnehmen:



Tab. 86 : Altersverteilung der verstorbenen Kinder

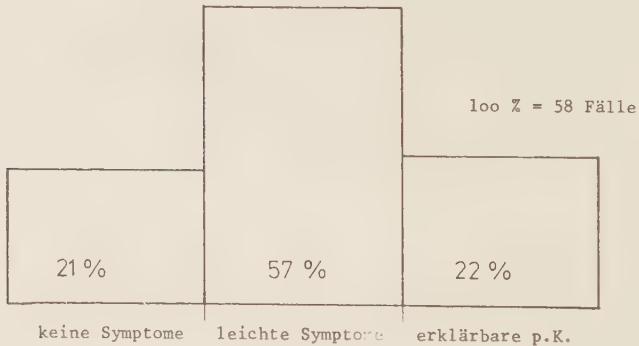
Einige p.K. ereigneten sich wieder nach besonders tragischen Ereignissen, andere nach unglücklichen Umständen, wieder andere nach einer schweren Krankheit. Die Verschiedenartigkeit der Todesumstände wurde in den Fallbeispielen zum Teil veranschaulicht. Deshalb soll hier auf Beispiele verzichtet werden.

Eine Analyse der p.K. hinsichtlich der medizinischen Begleitumstände ergab folgende Verteilung:

Die p.K. wurden in 3 Gruppen geteilt:

1. Gruppe: medizinisch unauffällig
1,2,9,15,17,23,29,50,57,75,77,83 (12 Fälle)
2. Gruppe: leichte Symptome und Verhaltensauffälligkeiten
26,37,49,28,38,51,40,52, ,43,55,12,46,56,31,47,66,
32,48,69,70,74,79,80,81,82,84,3,5,16,19,21,24,35,
(33 Fälle)
3. Gruppe: " erklärbare p.K. ". Schwere Krankheiten, Vergiftungen
Mißbildungen, foudroyante Infektionen, schwere Apnoen:
8,30,41,44,45,65,68,71,72,76,78,4,34 (13 Fälle)

Eine Zusammenstellung der p.K. hinsichtlich ihrer medizinischen Auffälligkeiten ist folgender Tabelle zu entnehmen:



Tab. 87: Häufigkeit anamnestischer Symptome (vgl. S. 4)

Eine Analyse der p.K. hinsichtlich der sozialen und psychischen Begleitumstände ergab folgende Verteilung:

Die Fälle wurden in 3 Gruppen eingeteilt

1. Gruppe Fälle, die aus sozialer und psychologischer Sicht unauffällig sind (unerklärlicher p.K.)
2. Gruppe Fälle, die leichte soziale und/oder psychologische Auffälligkeiten aufweisen. (retrograd erklärliche p.K.)
3. Gruppe Fälle, die schwere soziale und/oder psychologische Auffälligkeiten zeigen. (prospektiv erklärliche p.K.)

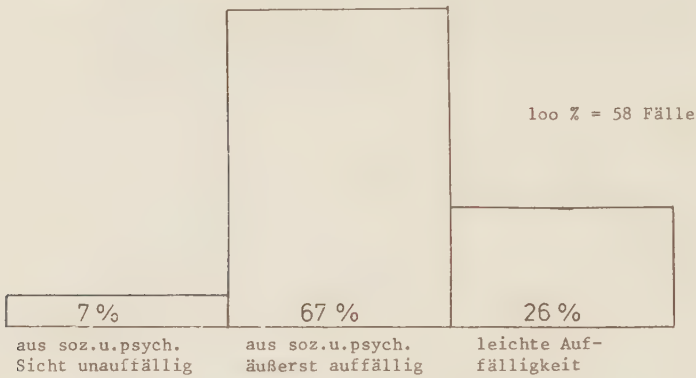
aus sozialer und psychologischer Sicht		
1) unauffällig	2) leicht auffällig	3) äußerst auffällig
29 35 43 49	17,24,28,31,32,44,48, 51,52,55,57,68,70,76, 82	2,3,4,5,8,9,11,12,15,16, 19,23,26,1,21,56,71,30, 34,37,38,40,41,45,46,47, 50,66,69,72,74,75,78,79, 80,81,83,84,77
4	15	39

Tab. 88: Psychologische und soziale Begleitumstände beim p.K.

Die Mehrzahl der Fälle (39) zeigten schwere soziale und psychologische Auffälligkeiten oder eine schwere medizinische Symptomatik (13). Hingegen waren nur 4 Fälle aus psychologischer-sozialer Sicht, aber 12 Fälle aus medizinischer Sicht unauffällig.

Nur ein Fall war sowohl aus psychosozialer als auch aus medizinischer Sicht unauffällig. Dieser Säugling starb am 5. Tag nach der Trennung von der Mutter (wegen Urlaub).

Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit psychologischer und sozialer Begleitumstände



Tab. 89: Häufigkeit psychologischer und sozialer Begleitumstände beim p.K.

Einen Überblick über die sozialen, psychologischen und medizinischen Auffälligkeiten bei den p.K. soll die nächste Tabelle geben. (Tab. 90)

Nach der deskriptiven Beschreibung der Untersuchungsergebnisse soll im nächsten Kapitel die Anwendung multivariater Verfahren auf das Datenmaterial dargestellt werden.

unauffällig	leichte Auffälligkeiten	schwere Auffälligkeiten
psychisch-sozial	psychisch-sozial	psychisch-sozial
(4) 29,35,43,49	(15) 17,24,28,31,32,44,48, 51,52,55,57,68,70,76, 82	(39) 2,3,4,5,8,9,11,12,15,16, 19,23,26,1,21,56,30,71, 34,37,38,40,41,45,46,47, 50,66,69,72,74,75,78,79, 80,81,83,84,77
medizinisch	medizinisch	medizinisch
(12) 1,2,9,15,17,23, 29,83,50,57,75, 77,	(33) 26,37,49,28,38,51,40, 52,43,55,12,46,56,31, 47,66,32,48,69,70,74, 79,80,81,82,84,3,5,16, 19,21,24,35	(13) 4,8,30,34,41,44,45,65, 68,71,17,76,78
psych.u.mediz.	psych.u.medizinisch	psych.u.medizinisch
(1) 29	(10) 31,32,48,24,28,51,52, 55,70,82	(8) 4,8,30,34,41,45,72,78

Tab. 90: Klassifikation des p.K. hinsichtlich der sozialen, psychologischen und medizinischen Auffälligkeiten

10.3. Anwendung multivariater Verfahren auf das Datenmaterial

Nachdem die Ergebnisse der beiden empirischen Untersuchungen deskriptiv beschrieben wurden, sollen die Ergebnisse der Diskriminanzanalyse und der Clusteranalyse, die als multivariate Verfahren auf das Datenmaterial angewandt wurden, dargestellt werden.

10.3.1. Diskriminanzanalyse

Durch die Diskriminanzanalyse sollen folgende Fragen beleuchtet werden:

- 1.) Gibt es multivariate Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen ?
- 2.) Ist auf Grund der Klassifikationsvariablen eine möglichst fehlerfreie Zuordnung von Fällen unbekannter Gruppenzugehörigkeit zu den jeweiligen Gruppen (p.K. - KG) möglich ?
- 3.) Können diese Klassifikationsvariablen, die eine möglichst fehlerfreie Zuordnung von Fällen unbekannter Gruppenzugehörigkeit in der 2. Untersuchung (1979) ermöglichten auf das Datenmaterial der 1. Untersuchung (1978) angewandt werden ?
- 4.) Auf welche Variablen ist in weiteren Untersuchungen tendenziell zu achten ?

Hier sei betont, daß diese Fragen durch die Diskriminanzanalyse " beleuchtet ", aber nicht beantwortet werden können, da folgende Einwände gegen die Anwendung dieses Verfahrens bestehen:

- Die Diskriminanzanalyse liefert keine eindeutigen Ergebnisse durch die relativ niedrige Fallzahl und die Heterogenität der Zielgruppe.
- Die Diskriminanzanalyse ist ein Vorhersagemodell. Sie ist kein Modell, um Zusammenhänge zu erklären, sondern nur zu beschreiben.
- Die Anwendung der Ergebnisse der Diskriminanzanalyse auf eine neue Stichprobe ist möglich, aber problematisch wegen der unterschiedlichen Befragungstechnik und der unterschiedlichen Auswertung der beiden Stichproben.
- Die Diskriminanzanalyse ist kein screening Modell.
- Das Datenmaterial dieser Untersuchung ist als Grundlage für die Diskriminanzanalyse problematisch, da die Daten nicht vollständig sind und das Skalenniveau der Variablen nicht immer ordinal ist.

Der Datensatz für die multivariate Analyse kam folgendermaßen zustande:

Als Grundlage dienten folgende erfaßten Variablen:

Datensatz:

Allgemeine Daten:

- 1 laufende Nummer
- 2 Untersuchungsgruppe
- 3 Interviewdatum
- 4 Personen, mit denen Interview geführt wurde
- 5 Akteninformation (Gesundheitsamt)
- 6 Akteninformation (Gericht)
- 7 Geschlecht
- 8 Geburtsdatum
- 9 Todestag
- 10 Wochentag des Todes

Soziale Situation:

- 11 Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes
- 12 Geburtsrang
- 13 Abstand zwischen den Geburten
- 14 Zahl der Schwangerschaften
- 15 Familienstand der Mutter
- 16 Ehedauer
- 17 Soziale Stellung
- 18 Nationalität der Mutter
- 19 Nationalität des Vaters
- 20 Wohnverhältnisse Stadt/Land
- 21 Wohnverhältnisse Haus/Wohnung
- 22 Wohnverhältnisse beengt
- 23 Wohnverhältnisse laut
- 24 Wohnverhältnisse schmutzig
- 25 Unterbringung des Kindes beim Schlafen
- 26 Räumlicher Kontakt zwischen Mutter und Kind
- 27 Möglichkeiten der sozialen Kontaktaufnahme
- 28 Mitbewohner
- 29 Finanzielle Lage der Familie
- 30 Berufstätigkeit vor Entbindung
- 31 Berufstätigkeit nach Entbindung
- 32 Umzüge
- 36 Berufsausbildung

Psychologische Situation:

Merkmale der Eltern und deren Beziehung

- 33 Beziehung zum Partner

- 34 Beziehung zu anderen Kindern
- 35 Belastungen
- 37 Stabil/labil
- 38 Depressive Grundstimmung
- 39 Depressive Symptome während der Schwangerschaft und nach der Geburt
- 40 Äußeres Erscheinungsbild
- 41 Gewicht der Mutter
- 42 Sucht
- 43 Kompetenz
- 44 Familie der Mutter: ehelich
 - 45 bei den Eltern aufgewachsen
 - 46 broken home
 - 47 Ablehnung
 - 48 belastete Mutter-Kind-Beziehung
- 49 Konfliktbeladene Trennung vom Elternhaus
- 50 Belastungen im Elternhaus
- 51 Interesse des Vaters am Kind
- 52 Vater straffällig
- 53 Sorgecharakter des Vaters
- 54 Sucht
- 55 Anwesenheit des Vaters

Geschwister:

- 56 p.K.
- 57 Somatische Symptome
- 58 Psychische Auffälligkeiten

Schwangerschaft:

- 59 Geplant
- 60 Erwünscht
- 61 Belastungen
- 62 Beschwerden
- 63 Positiv/negativ erlebt
- 64 Risikoschwangerschaft
- 65 Ängste
- 66 Geburtsvorbereitungen

Geburt:

- 67 Anzahl der Wochen
- 68 Geburtsgewicht
- 69- Apgar
- 71
- 72 Geburtskomplikationen
- 73 Anwesenheit des Vaters
- 74 Eingeleitet
- 75 Komplikationen nach der Geburt bei der Mutter

Zuerst wurden die Daten ordinal skaliert, was zum Teil eine gewisse Vereinfachung des erfaßten Sachverhaltes zur Folge hatte. Aus raumökonomischen Gründen soll auf eine Beschreibung der einzelnen Transformationen verzichtet werden. (siehe Anhang) Nachdem die fehlenden Werte analysiert wurden (siehe Anhang), wurden Variablen nach folgenden Gesichtspunkten eliminiert:

- Variablen, die nur kasuistisch abgehandelt wurden (z.B. 2 p.K. in der Familie).
- Variablen, die sehr oft fehlten (z.B. Geschwister von p.K.).
- Variablen, die sich in den Gruppen weitgehend homogen verhielten.
- Variablen, die sich zur Diskriminanzanalyse inhaltlich nicht eigneten.

Folgende Variablen wurden dann zur Diskriminanzanalyse verwendet:

Soziale Situation:

- 11 Alter der Mutter
- 12 Geburtsrang
- 14 Zahl der Schwangerschaft
- 15 Familienstand der Mutter
- 17 Soziale Stellung
- 21 Wohnverhältnisse: Haus/Wohnung
- 22 beengt
- 23 laut
- 24 schmutzig
- 25 Unterbringung des Kindes beim Schlafen
- 26 Räumliche Kontaktmöglichkeiten zwischen Mutter und Kind
- 27 Möglichkeit der sozialen Kontaktaufnahme
- 28 Mitbewohner
- 29 Finanzielle Lage
- 31 Berufstätigkeit nach der Entbindung
- 32 Umzüge

Psychologische Situation:

- 33 Beziehung zum Partner
- 34 Beziehung zu anderen Kindern
- 35 Sonstige Belastungen
- 36 Beruf
- 37 Stabil/labil
- 38 Depressive Grundstimmung
- 39 Depressive Symptome während der Schwangerschaft
- 40 Äußeres Erscheinungsbild
- 41 Gewicht
- 42 Sucht

- 43 Kompetenz
- 50 Belastungen im Elternhaus
- 51 Interesse des Vaters am Kind
- 52 Vater straffällig
- 53 Sorgecharakter des Vaters
- 54 Sucht

Schwangerschaft:

- 59 Geplant
- 60 Erwünscht
- 61 Belastungen
- 62 Beschwerden
- 63 Positiv/negativ erlebt
- 64 Risiko
- 65 Ängste
- 66 Geburtsvorbereitung

Geburt:

- 67 Anzahl der Wochen
- 75 Komplikationen bei der Mutter
- 76 Komplikationen beim Kind
- 77/78 Möglichkeiten zum Kontakt

Einflüsse während des 1. Lebensjahres:

- 79 Betreuung des Kindes
- 80 Einfühlung der Mutter
- 81 Stillen
- 83 Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen
- 84 Trennungen
- 86 Stimulation
- 87 Interaktion
- 88 Mutter-Kind-Beziehung
- 89 Gesamtverhalten des Kindes
- 90 Eßverhalten
- 91 Schlafverhalten
- 92 Anzahl der Stunden Schlaf
- 93 Somatische Symptome
- 94 Heimaufenthalt
- 95 Familiäre Situation- Lebensfreude
- 97 Zukunft des Kindes
- 98 Familienatmosphäre

Die Ergebnisse der Diskriminanzanalysen sind der Tabelle zu entnehmen. (Die Klassifikationsfunktionen befinden sich im Anhang).

Tab. 91 DIE ERGEBNISSE DER DISKRIMINANZANALYSEN

Variablen	1.Lauf mit fehl.Werten	2.Lauf fehl. Werte teilw. ersetzt	3.Lauf fehl. Werte weit- geh.ersetzt	4.Lauf alle p.K. gegen KG 1	5.Lauf med. erklärbare p.K.elimin.	6.Lauf med erklärbare p.K.als KG
sonstige Belastung. der Mutter	X	X	X	X	X	X
Sorgecharakter des Vaters	X		X	X		
Schlafverhalten d. Säuglings	X	X	X	X	X	
Anzahl der Std. Schlaf (tagsüber)	X	X	X	X	X	X
somat. Symptome des Säuglings	X	X	X	X	X	X
Familienstand d. Mutter	X	X	X	X	X	
Merkmale d.Mutter stabil/labil	X					
Anzahl der Schwan- gerschaftswochen	X	X	X	X	X	
Interesse des Va- ters am Kind			X			
Mutter-Kind-Bezie- hung		X	X		X	X
Geburtsgewicht						
Heim oder Kranken- hausaufent.						X
Kontaktmögl.zw.Mut- ter und Kind nach der Geburt						X
Sit.der Familie ver- mittelte Lebensfreude						X
Zukunftsperspektiven des Kindes						X

	1.Lauf mit fehlenden Werten	2.Lauf fehl. Werte teilw. ersetzt	3.Lauf fehl. Werte weitg. ersetzt	4.Lauf alle p.K. gegen K.G. 1	5.Lauf med. erkl.p.K. eliminiert	6.Lauf med erkl.p.K. als KG
Klassifikationen	p.K. K G	p.K. K G	p.K. K G	p.K. K G	p.K. K G	p.K. K G
p.K.	36 4	41 3	42 3	38 6	31 4	31 4
K. G.	2 28	1 33	2 32	2 22	1 33	3 41

Da nur Fälle verarbeitet werden konnten, die in den Variablen vollständig waren, wurden mehrere Diskriminanzanalysen mit veränderten Variablenkörpern durchgeführt. Um nicht alle Variablen eines Falles zu verlieren, wurden im 2. und 3. Lauf einige fehlende Werte ersetzt, in diesem Punkt wurde möglicherweise der Inhalt verändert. Deshalb wurden Fälle, bei welchen mehr als 6 Variablen fehlten, nicht berücksichtigt, hier wurden keine Werte ersetzt. Es kamen daher nur 45 p.K. zur Auswertung. Während in dem 1., 2. und 3. Lauf alle p.K. mit allen KG verglichen wurden, wurden im 4. Lauf die KG2 (parallelisiert nach sozialer Schicht) und im 5. Lauf die auf Seite 208 beschriebenen "medizinisch erklärbare p.K." eliminiert. Im 6. Lauf schließlich wurden die "medizinisch erklärbaren p.K." als Kontrollgruppe klassifiziert.

Der 1. Lauf soll zur Veranschaulichung genauer beschrieben werden:

- 1. Gruppe: alle p.K. der 2. Untersuchung (1979)
- 2. Gruppe: alle KG (KG1 und KG2) der 2. Untersuchung (1979)

Anzahl der p.K. 58

Anzahl der KG 34

- p.K., die wegen fehlender Daten nicht berücksichtigt wurden: 18
- KG, die wegen fehlender Daten nicht berücksichtigt wurden: 4

Auf Grund der in Tab. 91 aufgeführten Variablen konnten die p.K. in 90 % korrekt klassifiziert werden und die KG in 93,3 %:

Klassifikationsmatrix:

Gruppe:	% korrekt	p.K. 79	KG
p.K. 79	90 %	36	4
KG	93,3 %	2	28

Bei einer angenommenen Verteilung von p.K. zu KG von 1:1 wurden also 4 p.K. irrtümlich als KG klassifiziert und 2 KG irrtümlich als p.K. klassifiziert.

Unter den 4 p.K., die als KG klassifiziert wurden, befindet sich der Fall 29, der auf Seite 209 als einziger "aus sozialer, psychologischer und medizinischer Sicht" unerklärlicher p.K. eingestuft wurde.

Dieser Fall wurde auch bei den anderen Läufen fehlklassifiziert. Bei den 2 Fällen der KG, die irrtümlicherweise als p.K. eingestuft wurden, handelt es sich um Zwillingsgeschwister von p.K., dieses Ergebnis zeigte sich bei allen Läufen.

Die Ergebnisse der ersten 5 Läufe zeigen große Übereinstimmung und sollen deshalb nicht einzeln besprochen werden. Hier sei nur betont, daß sich die Ergebnisse also kaum veränderten, als im 4. Lauf die KG2, die nach sozialer Schicht parallelisiert wurde, eliminiert wurde

und im 5. Lauf die medizinisch erklärbaren p.K. ausgeschlossen wurden.

Interessanterweise änderten sich die Ergebnisse erst, als im 6. Lauf die medizinisch erklärbaren p.K. als KG3 klassifiziert wurden.

In folgender Tabelle sollen die aufgeführten Variablen nach der Häufigkeit (6-2 mal) ihres Vorkommens zusammengestellt und anschließend kurz diskutiert werden:

Variablen:	Häufigkeit
- sonstige Belastungen der Mutter	6
- Anzahl der Stunden Schlaf	6
- somatische Symptome des Säuglings	6
.. Familienstand der Mutter	5
- Schlafverhalten des Säuglings	5
- Anzahl der Schwangerschafts- wochen	5
- Mutter-Kind-Beziehung	4
- Sorgecharakter des Vaters	3

Folgende Variablen seien kurz erläutert und kritisch beurteilt:

- Sonstige Belastungen der Mutter (wie eine schwere Krankheit, Verschuldungen, Konflikte mit den Verwandten, Freunden oder der übrigen sozialen Umwelt).
- Die Anzahl der Stunden, die der Säugling untertags schläft und dessen somatische Symptome wurden bei jedem Lauf klassifiziert.

Die Variable " Anzahl der Stunden Schlaf " ist deshalb problematisch, da Säuglinge, die kaum schliefen, ständig quengelig waren und für die Familie deshalb eine große Belastung waren, kaum berücksichtigt wurden.

Die Variablen:

- Familienstand der Mutter
- Schlafverhalten des Säuglings
- Anzahl der Schwangerschaftswochen

wurden fünfmal klassifiziert.

Hier sei darauf hingewiesen, daß die Variable - Familienstand der Mutter -, bedingt durch die nach Unehelichkeit parallelisierte KG und bedingt durch die ca. 13 fehlenden p.K. (hier handelt es sich aus sozialer und psychologischer Sicht um äußerst ungünstige Fälle), schwer interpretierbar ist.

Auch die Variable Anzahl der Schwangerschaftswochen ist problematisch, da vorwiegend nur die übertragenen Säuglinge, nicht aber Frühgeburten als " p.K. " gewichtet werden. Trotz all dieser durch die Methode der Diskriminanzanalyse und die Qualität des Datenmaterials bedingte Einwände wurde der Versuch unternommen, durch die Klassifikationsvariablen (aus dem Datenmaterial der 2. Untersuchung) die Fälle der 1. Untersuchung den beiden Gruppen (p.K.-KG) zuzuordnen. Hier sei noch einmal betont, daß " die rein mechanische Anwendung analytischer Methoden bedenklich ist." Gaensslen/ Schubö, 1973, 199.

Weiter sei darauf verwiesen, daß die Übertragung der Ergebnisse auf das Datenmaterial der ersten Untersuchung äußerst problematisch ist, da die Daten auch hier nicht vollständig sind und daß sowohl die Erfassung als auch die Auswertung der Daten in den beiden Untersuchungen nicht übereinstimmen. Problematisch erscheint hier auch der Einfluß des Untersuchers.

Auf Grund all dieser Erwägungen sollen die folgenden Ergebnisse nur Tendenzen aufzeigen und nicht näher interpretiert werden.

Zuerst wurde die Klassifikationsmatrix aus dem 3. Lauf angewandt.

(s. Anhang)

Es ergaben sich:

Gruppe:	p.K. 78	KG	insgesamt
p.K. 78	35	4	39
KG 78	13	24	37

In einer weiteren Anwendung der Klassifikationsmatrix aus dem 4. Lauf (hier wurden alle p.K. mit der KG1 verglichen) ergab sich:

Gruppe:	p.K. 78	KG	insgesamt
p.K. 78	32	7	39
KG 78	14	23	37

Interessanterweise wurden dieselben Fälle fehlklassifiziert.

10.3.2.

Clusteranalyse

Ein Cluster ist eine Gruppe von Variablen, die sich durch relativ enge, wechselseitige Korrelation innerhalb der Gruppe und durch relativ geringe Korrelationen mit Variablen außerhalb der Gruppe auszeichnet. (Gaensslen/Schubö, 1973, 259.)

Die Einwände, die gegen die Diskriminanzanalyse sprechen, gelten fast alle auch für die Clusteranalyse. Auch hier sind die Ergebnisse nicht eindeutig und deren Struktur durch die Wahl des Abstandsmaß zwischen den Gruppen veränderbar. Bei der durchgeführten Clusteranalyse wurde als Abstandsmaß der Korrelationskoeffizient gewählt.

Die Korrelationsmatrix befindet sich im Anhang.

Die Variablen und der Datensatz, die der Clusteranalyse zugrundeliegen, sind die gleichen wie bei der Diskriminanzanalyse. Es wurden aber nur p.K. berücksichtigt. Auf Grund der Fälle, die wegen fehlender Werte ausschieden, wurde die Clusteranalyse an dem Datenmaterial von 40 p.K. durchgeführt (s. Anhang).

Die einzelnen Cluster, die in der folgenden Tabelle aufgeführt wurden, sollen nun kurz beschrieben werden:

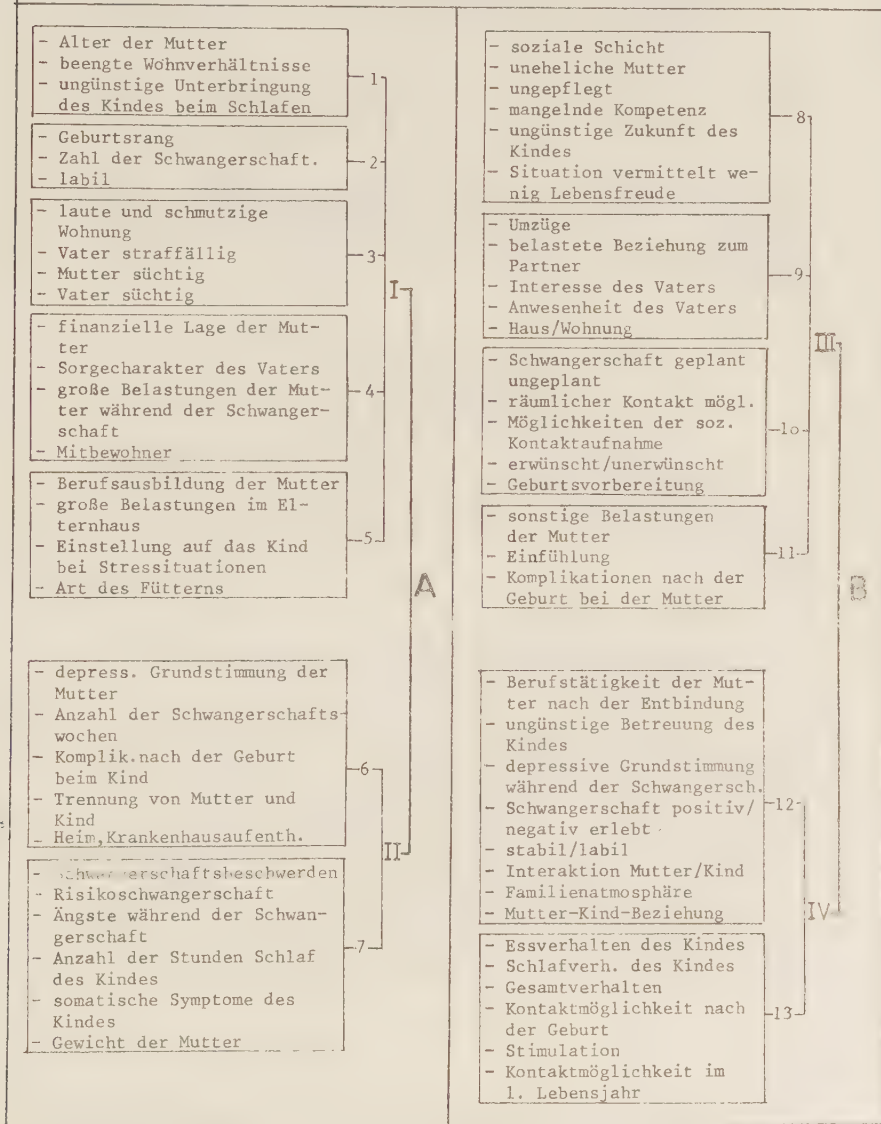
Alter der Mutter beengte Wohnverhältnisse ungünstige Unterbringung des Kindes beim Schlafen	Cluster 1
--	-----------

Diese Variablen finden sich bei jungen Müttern, die mit ihrem Säugling in einem Appartement oder in einem kleinen Zimmer bei den Eltern leben. Junges Alter der Mutter, verbunden mit beengten, ungünstigen Wohnverhältnissen, wird u.a. sowohl im Zusammenhang mit Kindsmißhandlung, Säuglingssterblichkeit, als auch im Zusammenhang mit dem p.K. diskutiert.

Geburtsrang des Kindes Zahl der Schwangerschaften Merkmal der Mutter: labil/stabil	Cluster 2
--	-----------

Dieses Bündel von Merkmalen, wie hoher Geburtsrang des Kindes, viele Schwangerschaften (darunter auch Fehlgeburten) und Labilität der Mutter deuten sowohl auf soziale Schwierigkeiten hin als auch auf die häufig damit verbundenen psychologischen Schwierigkeiten. Diese labilen Frauen, die meist hilflos im Umgang mit Problemen und Konflikten waren, fühlten sich durch die meist ungeplanten Kinder überfordert.

CLUSTERANALYSE (Korrelationskoeffizient als Abstandsmaß)



Tab. 92: Ergebnisse der Clusteranalyse

laute und schmutzige Wohnverhältnisse Vater straffällig Sucht der Mutter Sucht des Vaters	Cluster 3
---	-----------

Dieses Cluster weist auf den engen Zusammenhang sozialer und psychologischer Belastungen in den sozialen Problemgruppen hin. Dieses Merkmalsbündel, nämlich laute, schmutzige, meist verwahrloste Wohnverhältnisse, Kriminalität des Vaters (meist verbunden mit Arbeitslosigkeit), Sucht der Mutter (wie Alkoholismus, Zigarettenkonsum) und Sucht des Vaters (Alkoholismus), weist auf Vernachlässigung und als Folge Verwahrlosung von Kindern hin. Dieses Milieu lag bei mehreren p.K. vor.

Finanzielle Lage der Mutter Sorgecharakter des Vaters Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft Mitbewohner	Cluster 4
--	-----------

Cluster 4 weist auf die Zusammenhänge einer ungünstigen finanziellen Lage der Mutter durch den mangelnden Sorgecharakter des Vaters und die dadurch bedingten Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft hin

Berufsausbildung der Mutter große Belastungen im Elternhaus Einstellung auf das Kind bei Streß- situationen Art der Fütterung des Kindes	Cluster 5
--	-----------

Cluster 5 verdeutlicht die Korrelationen zwischen einer mangelnden Berufsausbildung der Mutter und großen Belastungen im Elternhaus. Die großen Belastungen im Elternhaus wie Mißhandlungen, Alkoholismus, broken home sind Indikatoren für eine fehlende Sorge für die Kinder und mangelnde Erziehung der Kinder von seiten der Familie. Folge dieser Belastungen war häufig, daß die Frauen meist sehr jung und ohne Ausbildung ihre Familie verließen. Der Anlaß war hierfür nicht selten eine ungewollte Schwangerschaft. Folge dieser Situation ist eine ungenügende Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen, sei es auf Grund fehlender Kompetenz, oder auf Grund fehlender emotionaler Bereitschaft.

Diese ungenügende Bereitschaft, sich auf das Kind einzustellen, drückt sich auch in der negativen Einstellung zum Stillen aus.

Cluster	1	
Cluster	2	
Cluster	3	Cluster I. (soziale Problemgruppen)
Cluster	4	
Cluster	5	

beinhaltet Bündel von sozialen Problemen: junge Mütter, beengte Wohnverhältnisse, hoher Geburtsrang des Kindes, Kriminalität des Vaters, Sucht, finanzielle Probleme, Mütter, die auf Grund mangelnder Ausbildung oder emotionaler Belastung sich ungenügend auf das Kind einstellen können.

depressive Grundstimmung der Mutter Anzahl der Schwangerschaftswochen Komplikationen nach der Geburt beim Kind Trennung von Mutter und Kind Heim- oder Krankenhausaufenthalt des Kindes	Cluster 6
---	-----------

Die depressive Grundstimmung der Mutter scheint eng zusammenhängend mit dem Geburtstermin. Übertragungen oder Frühgeburten finden sich hier häufiger, infolgedessen kam es bei vielen Säuglingen zu medizinischen Komplikationen, die häufig eine Trennung von Mutter und Kind nach sich zog, da der Säugling in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde oder lange im Krankenhaus bleiben mußte.

Beschwerden während der Schwangerschaft Risikoschwangerschaft Ängste während der Schwangerschaft Anzahl der Stunden, wo der Säugling schläft somatische Symptome des Säuglings Gewicht der Mutter	Cluster 7
--	-----------

Auf den Zusammenhang von Beschwerden, Belastungen, Ängsten und Risiken in der Schwangerschaft wurde hingewiesen. Folge dieser belasteten Schwangerschaften sind somatische Symptome des Säuglings, die wiederum zu einem auffälligen Schlafverhalten führen können.

Cluster 6
Cluster 7

Cluster II

(Medizinisch-psychologische Auffälligkeiten bei der Mutter während der Schwangerschaft, die zu somatischen Symptomen und Verhaltens-auffälligkeiten beim Säugling führen.)

Cluster I
Cluster II

Cluster A

Soziale Probleme, die verbunden mit psychischen Belastungen und somatischen Symptomen bei der Mutter die Schwangerschaft belasten und beim Kind zu somatischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten führen.

Die Variablen wie ungünstige Unterbringung des Kindes, Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen, Art der Fütterung, Trennung von Mutter und Kind, somatische Symptome des Säuglings, zeigen die Auswirkungen der sozialen und psychologischen Probleme auf das Kind.

soziale Schicht Familienstand der Mutter Aussehen der Mutter Kompetenz Zukunft des Kindes familiäre Situation	Cluster 8
--	-----------

Diese Variablen zeigten sich in folgender Ausprägung häufig bei den p.K.: soziale Schicht III, Unehelichkeit der Mutter, ungepflegtes Aussehen, Hilflosigkeit der Mutter. Infolge dieser Merkmale wurde die Zukunft des Kindes häufig als " ungünstig " eingeschätzt und die familiäre Situation vermittelt meist wenig Lebensfreude.

Umzüge Beziehung zum Partner Interesse am Kind Anwesenheit des Vaters Wohnverhältnisse: Haus/ Wohnung	Cluster 9
--	-----------

Die Merkmale Beziehung zum Partner, Interesse des Vaters am Kind und Anwesenheit des Vaters waren bei den p.K. meist in folgender Ausprägung anzutreffen: belastete Beziehung zum Partner hatte häufig

zur Folge, daß der Vater wenig Interesse am Kind hatte und ~~seiten~~ ^{seiten} anwesend war. Dieses Bündel von Merkmalen zeigt sich einerseits in den sozialen Problemgruppen (Arbeitslose, Kriminelle), andererseits aber auch bei Vätern, die aus beruflichen Gründen viel unterwegs sind (wie Vertreter oder Kraftfahrer), oder beruflich sehr engagiert sind (wie Ärzte) und deshalb wenig Zeit für die Familie haben. Eine gute Beziehung zum Partner korrelierte dagegen häufig mit großem Interesse des Vaters am Kind und häufiger Anwesenheit.

Einstellung zur Schwangerschaft (geplant / ungeplant) räumliche Kontaktmöglichkeiten Möglichkeiten zur sozialen Kontaktauf- nahme Einstellung zur Schwangerschaft (erwünscht / unerwünscht) Geburtsvorbereitungen	Cluster 10
--	------------

Hier zeigen sich die Zusammenhänge der Einstellung zur Schwangerschaft mit der räumlichen und sozialen Möglichkeit zum Kontakt zwischen Mutter und Kind. Diese Kontaktmöglichkeit ist weitgehend von der Wohnsituation abhängig.

Sonstige Belastungen der Mutter Einfühlung Komplikationen nach der Geburt bei der Mutter	Cluster 11
---	------------

Dieses Cluster deutet auf Zusammenhänge zwischen Belastungen der Mutter (sonstige Belastungen wie schwere Krankheit, Konflikte mit der sozialen Umwelt), Komplikationen nach der Geburt und Einfühlung der Mutter ~~kin~~.

Cluster	8	
Cluster	9	
Cluster	10	Cluster III.
Cluster	11	

Zeigt Zusammenhänge folgender sozialer Komponenten wie soziale Schicht, Familienstand der Mutter, Wohnverhältnisse mit Merkmalen der Mutter wie Aussehen, Kompetenz und Einfühlung auf.

Interessant sind die Korrelationen dieser Variablen mit der Einstellung zur Schwangerschaft.

Berufstätigkeit der Mutter nach der Entbindung Betreuung des Kindes depressive Grundstimmung Schwangerschaft positiv/negativ erlebt Merkmal der Mutter: stabil/labil Interaktionen von Mutter und Kind Familienatmosphäre Mutter-Kind-Beziehung	Cluster 12
--	------------

Dieses Bündel von Merkmalen traf ich bei p.K. an, deren Mütter durch ihre Berufstätigkeit völlig überlastet waren wie z.B. Bauernfrauen. Diese Frauen waren häufig völlig überfordert und wirkten hilflos und niedergeschlagen. Infolge der Überarbeitung erlebten sie die Schwangerschaft meist negativ. Den Säugling konnten sie meist nur ungenügend betreuen. Die Folge war, daß es zu wenig Interaktionen zwischen Mutter und Kind gab und der Säugling wenig stimuliert wurde. Die Mutter-Kind-Beziehung war wegen dieser Umstände meist ungenügend.

Eßverhalten des Säuglings Schlafverhalten des Säuglings Gesamtverhalten des Säuglings Stimulation Kontaktmöglichkeit nach der Geburt	Cluster 13
--	------------

Auf die Korrelationen von Eß-, Schlaf- und Gesamtverhalten des Säuglings wurde schon hingewiesen. Diese Korrelationen finden sich natürlich in beiden Ausprägungen: unauffällig, auffällig. Die Folge und die Ursache von auffälligem Verhalten des Säuglings kann einerseits in der inadäquaten Stimulation durch die Umwelt liegen.

Es wurde darauf hingewiesen, daß Unterstimulation häufig Ursache und Folge von sehr ruhigem Verhalten des Säuglings und Überstimulation Ursache und Folge von sehr unruhigem, quengeligen Verhalten, meist von problematischem Eßverhalten begleitet, war.

Eine andere Ursache der auffälligen Verhaltensweisen sind in der mangelnden Kontaktmöglichkeit nach der Geburt und der damit verbundenen Trennung von Mutter und Kind zu sehen. Der Anlaß hierfür waren meist somatische Symptome des Säuglings.

Cluster 12

Cluster IV.

Cluster 13

Dieses Merkmalsbündel fand sich bei berufstätigen Frauen, die durch diese Situation völlig überfordert waren. Sowohl die Berufstätigkeit der Mutter, verbunden mit labilen Merkmalen als auch Verhaltensauffälligkeiten des Säuglings (häufig durch die Konflikte der Mutter verstärkt) belasteten die Beziehung zwischen Mutter und Kind.

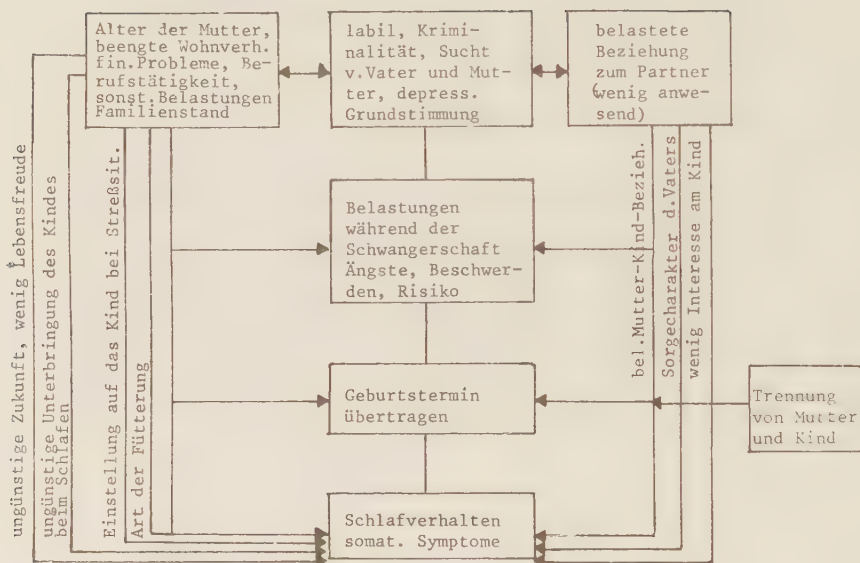
Cluster III.

Cluster B

Cluster IV.

Hier zeigen sich Zusammenhänge zwischen den sozialen Variablen wie Wohnverhältnissen, Berufstätigkeit der Mutter und sonstigen Belastungen und Merkmale der Mutter wie Labilität, depressive Grundstimmung und der Einstellung zur Schwangerschaft. Wieder zeigten sich Korrelationen von sozialen und psychologischen Variablen der Mutter mit Faktoren, die die Entwicklung des Kindes prägen: Zukunftsperspektive des Kindes, Interesse des Vaters am Kind, Kontaktmöglichkeit zwischen Mutter und Kind, Interaktionen von Mutter und Kind, Mutter-Kind-Beziehung. Die folgende Tabelle soll die klassifizierten Variablen der Diskriminanzanalyse, einige wichtige Variablenbündel der Clusteranalyse und mögliche Zusammenhänge zwischen den Variablen veranschaulichen.

ZUSAMMENFASSENDE BEMERKUNG:



Tab. 93: Die Klassifikationsvariablen der Diskriminanzanalyse, einige wichtige Variablenbündel der Clusteranalyse und deren mögliche Zusammenhänge

11. Zusammenfassung der Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Eine Analyse der sozialen, psychologischen und medizinischen Anamnese der p.K. zeigte, daß der "p.K." ein heterogener Begriff ist, sowohl Begleitumstände, Ursachen und Anlässe des Todes waren unterschiedlich, führten aber zu einem phänomenologisch ähnlichem Bild: Der Tod trat scheinbar plötzlich und unerwartet ein.

Betrachtet man das Phänomen des "p.K." aus sozialer und psychologischer Sicht, unter besonderer Berücksichtigung der familiären Situation der verstorbenen Kinder, gewinnt man den Eindruck, daß der Tod weder unerwartet noch plötzlich ist, sondern eine von vielen möglichen Reaktionen des Säuglings auf Belastungen.

Die äußerst ungünstigen sozialen und psychologischen Faktoren, die die familiäre Situation beim Großteil der verstorbenen Säuglinge prägten und deren Entwicklung vom Beginn der Schwangerschaft an gefährdeten, sollen nun zusammenfassend dargestellt werden.

Erläuterungen zu folgenden Abkürzungen:

- p.K. 1: p.K. der ersten Untersuchung (1978)
- p.K. 2: p.K. der zweiten Untersuchung (1979)
- KG 1: Kontrollgruppe der ersten Untersuchung (1978)
- KG 2: Kontrollgruppe der zweiten Untersuchung (1979)
- KG 3: Kontrollgruppe der zweiten Untersuchung
(parallelisiert nach sozialer Schicht) (1979)
- n.e. nicht ermittelt

Bei den untersuchten Gruppen zeigten sich einige, hinsichtlich der sozialen Situation, signifikante Unterschiede. (Tab. 94)

soziale Merkmale	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2
Alter d. Mutter ≤ 20 Jahre	30 %	21 %	7 %	/
Familienstand d. Mutter: unverheiratet	24 %	23 %	/	/
soziale Schicht III	47 %	26 %	5 %	4 %
äußerst ungünstige Unterbringung d. Kindes	45 %	41 %	20 %	8 %
beengte Wohnverhältnisse	43 %	39 %	18 %	8 %

Tab.: Einige Indikatoren für die ungünstige soziale Situation bei den p.K. und 94 deren Vergleich mit den KG 1 und KG 2

Die Hälfte der verstorbenen Kinder (p.K. 1 + 2) lebten in äußerst ungünstigen sozialen Verhältnissen, verglichen mit 4-0 % in den KG (1 + 2). Ein Viertel der verstorbenen Kinder stammte von Sozialhilfeempfängern. Finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, ungünstige familiäre Verhältnisse (wie Unehelichkeit), Alkoholismus, Kriminalität (gewerbliche Unzucht, Diebstahl, Vaterschaftsklagen), junges Alter der Mutter, prägten hier die soziale Situation der Familie.

Die gesamten sozialen Probleme bedingten einander oder traten bedingt durch andere Faktoren zusammen auf: So hatten die jungen und unverheirateten Mütter finanzielle Sorgen, Wohnungsprobleme und wegen einer fehlenden Berufsausbildung keine Möglichkeit, eine geeignete Arbeit zu finden. Häufig waren sie mit Arbeitslosen, in einigen Fällen auch mit Kriminellen liiert.

Soziale Probleme traten gehäuft auch in folgenden Familien auf:

- kinderreiche Familien (sieben betroffene Familien hatten mehr als 4 Kinder)
- Ausländer
- Familien, bei denen die Väter aus beruflichen Gründen wenig zu Hause waren
- Familien, die unter der Doppelbelastung der Mutter von Beruf, Haushalt und Kindern litten

Zu den genannten sozialen Problemen kamen häufig noch " sonstige Belastungen " wie häufige Umzüge, schwere Krankheiten, Verschuldungen, mangelnder Kontakt zur Umwelt, Konflikte mit der sozialen Umwelt usw. Die Wichtigkeit sozialer Variablen zur Selektion von p.K. zeigte sich auch in der Diskriminanzanalyse. Hier wurden Variablen aus dem sozialen Bereich wie " sonstige Belastungen " klassifiziert.

Auf die Zusammenhänge der sozialen Faktoren mit den Merkmalen der Eltern, dem Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und der Entwicklung des Kindes weist die Clusteranalyse hin.

Die betroffenen Mütter, die meist große soziale Probleme hatten, wirkten häufig überlastet und standen den Konflikten hilflos gegenüber. Einige Mütter waren antriebslos, vernachlässigten sich und die Wohnung. Andere betroffene Frauen wirkten labil und litten an psychischen und/oder somatischen Störungen.

Merkmale d. Mutter	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2	KG 3
hilflos	61 %	56 %	18 %	4 %	30 %
labil	81 %	69 %	36 %	21 %	40 %

Tab. 95: Merkmale der Mutter

Diese Merkmale, besonders die Hilflosigkeit, sind Folge und Ursache von sozialen Problemen oder haben ihre Wurzeln in einer belasteten Kindheit: Von den 42 betroffenen Müttern (p.K. 2), deren Kindheit exploriert werden konnte, hatten 23 eine extrem schwierige Kindheit, geprägt von Belastungen wie Alkoholismus, Mißhandlungen, Inzest, broken home, aber nur 4 Fälle der KG.

Sowohl die sozialen Faktoren als auch die psychischen Merkmale der betroffenen Mütter und ihre häufig äußerst belastete Kindheit weisen darauf hin, daß diese meist unfähig waren, eine Bindung, die die Grundlage für die gesunde Entwicklung eines Säuglings ist, einzugehen. Bei 75 % der betroffenen Mütter war die Beziehung zum Kindsvater ungenügend oder schwer gestört. Folgende Belastungen lagen häufig vor: ungünstige Familienverhältnisse wie Unehelichkeit, geschieden, Kind von einem anderen Partner, Dreiecksverhältnisse, ungenügender Sorgecharakter des Vaters (28 % der p.K. 2), Alkoholismus (36 % der p.K. 2), Kriminalität (11 %), häufiger Streit, Mißhandlungen, gegenseitige Ablehnung, seltene oder unregelmäßige Anwesenheit des Kindsvaters. Eine Folge dieser ungenügenden oder gestörten Partnerbeziehung war häufig ein fehlendes Interesse des Vaters am Kind, das sich oft in Abtreibungswünschen, Abstreiten der Vaterschaft, Trennungen und mangelnder Sorge für Mutter und Kind äußerte. Auch in der Diskriminanzanalyse wurde die Variable " Sorgecharakter des Vaters " klassifiziert.

Partnerbeziehung	p.K. I	p.K. II	KG 1	KG 2
belastet	75 %	60 %	18 %	21 %
sehr gut	/	8 %	43 %	41 %

Tab. 96: Art der Beziehung zwischen den Partnern in den untersuchten Gruppen

Die Hälfte der Frauen (der p.K. 2) waren bei der Geburt des Kindes nicht oder weniger als 1 Jahr verheiratet (bei der KG2 ein Drittel)

Die fehlende oder mangelnde Unterstützung durch den Kindsvater und die Anzahl und die Schwere der Belastungen führten dazu, daß die Schwangerschaft bei vielen betroffenen Frauen häufig unerwünscht und ungeplant: und die Zeit der Schwangerschaft konfliktreich war, und daß die betroffenen Mütter die Rolle der Mutter, d.h. Schwangerschaft, Geburt und Pflege des Säuglings nicht übernehmen konnten. Soziale Schwierigkeiten (Geldsorgen, Wohnungsprobleme), psychische Konflikte (Ablehnung der Schwangerschaft durch den Kindsvater, die Eltern und die übrige soziale Umwelt), die mangelnde Fähigkeit der betroffenen Mütter, diese Konflikte zu bewältigen und eine fehlende oder inadäquate Unterstützung durch die soziale Umwelt belasteten die Schwangerschaft. Die Schwangeren reagierten auf diese Streßsituationen psychisch mit der Ablehnung des Kindes, die sich häufig in schweren Ängsten, Süchten, Depressionen äußerte oder somatisch mit Übelkeit, vorzeitigen Wehen und drohender Frühgeburt.

Schwangerschaft	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2	KG 3
ungeplant	69 %	53 %	21 %	29 %	70 %
unerwünscht	41 %	22 %	7 %	/	40 %
belastet	66 %	66 %	43 %	30 %	60 %
Beschwerden	42 %	64 %	45 %	33 %	30 %
Risikoschwanger- schaft	22 %	42 %	20 %	17 %	20 %

Tab. 97: Verlauf der Schwangerschaft in den untersuchten Gruppen

Die Zeit vor, während und nach der Geburt war für die Mehrzahl der interviewten Frauen eine große körperliche und psychische Belastung, verbunden mit vielen Ängsten. Die betroffenen Mütter bereiteten sich weniger vor und erfuhren weniger Unterstützung als andere. Das hatte vor allem dann negative Auswirkungen, wenn folgende Probleme dazu kamen: Geburtskomplikationen, somatische Symptome des Kindes, Schwierigkeiten beim Stillen, Trennungen von Mutter und Kind. So hatten nur 25 % der p.K., aber ca. 59 % der KG 2 und KG 3 nach der Geburt viel Kontakt zur Mutter.

Geburtskomplika- tionen	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2	KG 3
Geburtsstermin zu früh (rd. 3 Wo.)	6 %	24 %	15 %	21 %	/
zu spät(1 Wo.)	36 %	14 %	16 %	13 %	10 %
Komplikationen nach der Geburt beim Kind	n.e.	51 %	n.e.	29 %	20 %
Komplikationen nach der Geburt b.d. Mutter	n.e.	10 %	n.e.	4 %	/

Tab.98: Komplikationen nach der Geburt in den untersuchten Gruppen

Die Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings werden von medizinischen und psychologischen prä-, peri- und postnatalen Einflüssen geprägt. All diese Einflüsse stehen untereinander in zahllosen Wechselwirkungen und werden postnatal durch die familiäre Situation, besonders durch die Interaktionen zwischen Mutter und Kind, modifiziert. So wurden z.B. sehr ruhige Säuglinge häufig von ihren Müttern viel liegen gelassen, sehr quengelige dagegen überstimuliert und Mutter und Kind wurden immer nervöser.

Merkmale und Ver- haltensweisen d. Säuglings	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2	KG 3
Gesamtverhalten					
sehr ruhig	41 %	28 %	28 %	8 %	/
quengelig	n.e.	30 %	n.e.	4 %	10 %
Schlafverhalten					
sehr viel	47 %	23 %	15 %	/	/
sehr wenig	25 %	23 %	10 %	4 %	/
probl.Eßverhalten	28 %	47 %	18 %	21 %	20 %
somat.Symptome	43 %	67 %	38 %	38 %	40 %

Tab. 99: Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings

Die Merkmale und Verhaltensweisen der verstorbenen Säuglinge unterschieden sich signifikant von den der lebenden. Große Unterschiede zeigten die Säuglinge vor allem in ihrem Schlafverhalten. Von den Klassifikationsvariablen der Diskriminanzanalyse beziehen sich 3 auf folgende Merkmale des Säuglings: somatische Symptome, Schlafverhalten des Säuglings, Anzahl der Stunden, die der Säugling untertags schläft. Die Stimulation durch die Umwelt, die Interaktionen zwischen Mutter und Kind, die Art der Betreuung, Trennungen von Mutter und Kind und die Art der Mutter-Kind-Beziehung sind wichtige Einflüsse im 1. Lebensjahr des Säuglings.

Die Untersuchungsergebnisse sind der Tab. 100 zu entnehmen.

Merkmal	p.K.1	p.K.2	KG 1	KG 2	KG 3
Stimulation					
Überstimulation	45 %	65 %	14 %	25 %	40 %
Unterstimulation	30 %	10 %	6 %	/	/
gestörte Mutter-Kind Beziehung	n.e.	50 %	n.e.	8 %	10 %
wenig einfühlsam (Mutter)	45 %	29 %	/	8 %	/
mangelhafte Einstellung auf Kind bei Streßsituation	n.e.	31 %	n.e.	4 %	10 %
Umwelt vermittelte keine Lebensfreude	n.e.	62 %	n.e.	8 %	20 %
Kind in Familie keine Bedeutung	n.e.	29 %	n.e.	/	10 %
Familienatmosphäre gespannt	n.e.	67 %	n.e.	12 %	20 %
ungünstige Zukunft des Kindes	n.e.	60 %	n.e.	4 %	40 %

Tab. 100: Einflüsse auf den Säugling im 1. Lebensjahr in den untersuchten Gruppen

Die Ursachen inadäquater Stimulation und einer ungeeigneten Mutter-Kind-Beziehung lagen an der belasteten sozialen Situation, an den ungünstigen Merkmalen der Eltern, an einer fehlenden oder gestörten Partnerbeziehung und an ungünstigen Merkmalen des Kindes.

Die " Mutter-Kind-Beziehung " wurde auch in der Diskriminanzanalyse als Variable zur Zuordnung von p.K. und KG in die jeweiligen Gruppen gewählt. Die aus sozialer und/oder psychologischer Sicht ungünstige familiäre Situation führte dazu, daß die Bedürfnisse des Säuglings nicht adäquat befriedigt werden konnten. Die Säuglinge reagierten entweder somatisch mit Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsdefiziten. Darauf reagierten die Mütter wiederum meist hilflos oder aggressiv. In einem circulus vitiosus entwickelte sich so eine gestörte Beziehung zum Kind. Bei den Säuglingen vergrößerten sich auf Grund der unzureichenden oder ungeeigneten Beziehung zur Mutter die somatischen und psychischen Störungen. Sie konnten sich deshalb nicht gesund entwickeln. Diese Entwicklungsstörungen und Defizite führten dazu, daß die Säuglinge es nicht lernten, sich wirkungsvoll mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen und Strategien zum Überleben zu erwerben. Wurden die Säuglinge nun in einem physiologisch und psychologisch labilen Alter von physikalischen und/oder psychischen Stressoren überflutet, reagierten sie auf Grund mangelnder Kompetenz, Hilflosigkeit oder somatischer Störungen mit dem Tod.

Die Analyse der Todesumstände ergab, daß:

- alle Kinder im Schlaf starben,
- die Hälfte überdeckt war,
- 30 % der p.K. 1 und 58 % der p.K.2 vor dem Tod leichte Symptome zeigten,
- ein Viertel der Säuglinge während oder nach der Trennung von der Mutter starb,
- 50 % der p.K. 1 am Freitag/Samstag und 63 % der p.K.2 von Freitag/Sonntag starb,
- bei 26 % der p.K. 2 die Mütter bei Todeseintritt nicht erreichbar waren,
- bei 67 % der p.K. 2 am Tag bevor das Kind starb in den Familien außergewöhnliche Ereignisse wie Umzug, Urlaubsbeginn, Kündigung des Arbeitsplatzes, schwere Streitigkeiten stattfanden.

Eine Analyse der p.K. (1979/ 58 Fälle) hinsichtlich der medizinischen Begleitumstände ergab: 21 % der Todesfälle waren medizinisch unauffällig. 57 % zeigten leichte Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, 22 % waren medizinisch erklärbar.

Die soziale und psychologische Anamnese der p.K. zeigte, daß:

- 1) Zwei ~~Dritte~~ Drittel der Säuglinge (67 %) in einer aus sozialer und psychologischer Sicht äußerst ungünstigen Umwelt lebte.
Eine negative Entwicklung war hier prospektiv zu erwarten. Retrospektiv scheint der Tod der Kinder weder plötzlich noch unerwartet.
- 2) Bei einem Viertel der Säuglinge möglicherweise das unglückliche Zusammentreffen leichter psychischer und/oder sozialer Auffälligkeiten, die meist von somatischen Symptomen begleitet waren und ungünstige Umstände unmittelbar vor dem Tod zum " p.K. " führte.
- 3) 7 % der " p.K. " in einer aus sozialer und psychologischer Sicht völlig unauffälligen Umwelt ~~lebte~~. Bei diesen Kindern war der Tod aus sozialer und psychologischer Sicht plötzlich und unerwartet.

12. Diskussion der Ergebnisse

Eine zusammenfassende Betrachtung einiger Veröffentlichungen über den " p.K. " zeigt die unterschiedliche Verwendung des Begriffs. Obwohl der Begriff " plötzlicher Kindstod " darauf hinweist, daß sich der Tod ohne Vorzeichen bei scheinbar voller Gesundheit einstellt und " unerklärlich " ist, weisen Althoff, Riegel, und Emery darauf hin, daß man bei korrektem Recherchieren mehrere " p.K.-Gruppen " eruieren kann: bei einer Gruppe gibt die Anamnese einschlägige Hinweise und/oder deckt die Autopsie eine plausible Todesursache auf, die andere Gruppe zeigt vor dem Tod banale Symptome und in der letzten Gruppe zeigen sich weder vor dem Tod Krankheitszeichen noch deutet der Autopsiebefund auf eine Todesursache hin. Der Anteil der Todesfälle, die den einzelnen Gruppen zugeordnet werden, variiert zwischen den Autoren. Während Althoff (S. 4) in seinem Untersuchungsgut bei der Mehrzahl der Fälle keine oder banale anamnestische Symptome vorfand, betont Riegel, daß bei etwa der Hälfte der Todesfälle die Anamnese Hinweise für eine plausible Todesursache gibt. In diesem Untersuchungsgut zeigten drei Viertel der Säuglinge vor dem Tod medizinische Symptome, bei nahezu einem Viertel der Säuglinge war der Tod medizinisch " erklärbar ". (S. 9) Schwere Krankheiten, Vergiftungen, Mißbildungen, foudroyante Infektionen und schwere Apnoen lagen hier vor.

Die hinsichtlich der Anamnesen und Todesursachen heterogenen Gruppen in den jeweiligen " p. K.- Kollektiven " deuten auf das Problem der Abgrenzung der " p.K. " von der übrigen Säuglingssterblichkeit hin. Die Angaben über den Anteil des " p.K. " an der Spätsterblichkeit sind nach Kugler als Schätzwerte aufzufassen, da Erfassung und Einordnung nach unterschiedlichen Kriterien erfolgen. Nach Kugler schwankt der Anteil der p.K. an der Säuglingssterblichkeit zwischen 2 % und 36 % (zit. nach Korporal, 1978, 52). Auch die unspezifische Angabe Althoffs, 1980, 7 - nach diesem sterben in der BRD jährlich zwischen 2.000 und 4.000 Säuglinge am p.K. - zeigt die unspezifische Klassifikation dieser Todesfälle.

Deshalb erscheint es wichtig, die Schwierigkeit der Abgrenzung des p.K. von den übrigen Todesursachen zu veranschaulichen. Die Grundlage hierzu sind Berichte des Statistischen Landesamtes über die Säuglingssterblichkeit in Bayern, Literaturhinweise und die Ergebnisse der empirischen Untersuchung.

Die Gliederung der Säuglingssterblichkeit 1978 in Bayern zeigte, daß die häufigste Todesursache in Bayern " angeborene Mißbildungen " (21,8 %), waren, dicht darauf folgten: " sonstige Ursachen der perinatalen Sterblichkeit " (19,9 %), " durch Anoxie und Hypoxie hervorgerufene, anderweitig nicht einzuordnende Zustände " (19,6 %) und " alle übrigen Todesursachen " (16,2 %), 10,7 % der Säuglinge starben an " Lungen-

entzündungen, infektiösen Krankheiten des Verdauungssystems, Unfälle " , 8,3 % starben durch " Geburtsverletzungen " und 3,5 % durch Schädigungen infolge Mehrlingsschwangerschaft."

In den Erläuterungen des Statistischen Landesamtes zum p.K. heißt es: " Der verhältnismäßig hohe Anteil von tödlichen Unfällen enthält vor allem solche durch mechanisches Ersticken, unter denen sich vermutlich auch Fälle des sogenannten plötzlichen Kindstods verbergen. Angaben wie " plötzlicher, unerwarteter Kindstod " oder " Krippentod " wurden bisher der Gruppe der plötzlichen Todesfälle unbekannter Ursache zugeordnet, dort wurden 1978 (in Bayern) 37 Säuglinge gezählt." Kritisch sei hier angemerkt, daß alleine am Institut für Rechtsmedizin in München 1978, 53 Fälle als p.K. klassifiziert wurden. In der Auflistung der Sterbefälle von 1978 nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen der Gestorbenen (nach der Tab. 6 des Statistischen Landesamtes) befinden sich p.K. in folgenden Positionen: :

Position: Nr. 795 Plötzlicher Tod (unbekannte Ursache)

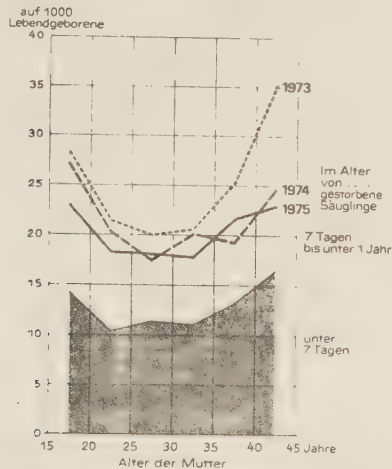
" " 294 Krankheiten des Thymus

Die Häufigkeitsangaben schwanken entsprechend der Altersbegrenzung der Verstorbenen: im 1. Lebensjahr starben 37 Säuglinge am " plötzlichen Tod " und 21 an Krankheiten des Thymus. In der Auflistung der Sterbefälle von 1979 nach Todesursachen (noch nicht veröffentlicht) wurde das " Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter bei nicht näher bezeichneter Ursache " als eigene Position (Nr. 798) angeführt: Danach starben in Bayern 1979 87 Säuglinge am p.K.. Kritisch sei hier wieder angemerkt, daß alleine am Institut für Rechtsmedizin in München 1979 58 Fälle als p.K. klassifiziert wurden, und daß nach Althoff jährlich 2.000 - 4.000 Säuglinge in der BRD am " p.K. " sterben.

Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung befinden sich " p.K. " unter allen angeführten Todesursachen der Säuglingssterblichkeit: Anoxie und Hypoxie, perinatale Risikofaktoren, Lungenentzündungen, infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems, Unfälle, Verlegung der Atemwege, angeborene Mißbildungen, Krankheiten des Thymus werden in der Literatur als Ursachen oder Risikofaktoren für den p.K. diskutiert. Sie zeigten sich auch in diesem Untersuchungsgut.

Seit dem letzten Jahrzehnt werden neben medizinischen Risikofaktoren auch wieder soziale und psychische Faktoren als Risikofaktoren, sowohl für den p.K., als auch für die übrige Säuglingssterblichkeit diskutiert. Tab. 3, S. 8, veranschaulicht die sozialen Risikofaktoren für den p.K.: junges Alter der Mutter, erster oder hoher Geburtsrang, niedrige soziale Schicht, schlechte Wohnverhältnisse, Unehelichkeit. Im Bericht über die Säuglingssterblichkeit in Bayern, 1976, 21, heißt es: " Als Faktoren,

deren Einfluß das Sterberisiko ansteigen ließ, erwiesen sich insbesondere nichteheliche Geburt, relativ niedriges und höheres Alter der Mutter, höhere Geschwisterzahl, kurzer und sehr langer Geburtenabstand und eine Ehedauer von nur wenigen Monaten. Die hohe Sterblichkeit von Säuglingen sehr junger und älterer Mütter zeigt folgende Tabelle (Säuglingssterblichkeit in Bayern, 1976, 14).



Tab. 101: Abhängigkeit des Sterberisikos vom Alter der Mutter

Der hohe Anteil der Mütter unter 20 Jahren zeigte sich auch in diesem Untersuchungsgut.

Alter der Mutter	p.K. 1	p.K. 2	Lebendgeburten in Bayern 1979
≤ 20 Jahre	<u>36 %</u>	<u>21 %</u>	<u>8 %</u>

Die negativen Auswirkungen des jungen Alters der Mutter für das Kind werden im Zusammenhang mit folgenden korrelierenden sozialen und psychologischen Faktoren gesehen: niedrigem sozialen Status, Unehelichkeit, mangelnde Reife, Ablehnung der Schwangerschaft, emotionale Distanz, Probleme bei der Ernährung des Säuglings, Unfähigkeit, beim Kind Krankheiten zu erkennen und medizinischen Rat einzuholen. Auf Grund dieser Untersuchung hat man den Eindruck, daß sich das junge Alter der Mutter vor allem dann ungünstig auswirkt, wenn es mit anderen

sozialen Belastungen, wie beengten Wohnverhältnissen, Hilflosigkeit und psychischen bzw. somatischen Störungen des Säuglings korreliert. Daß die Sterblichkeit unehelicher Kinder vor, um und nach der Geburt wesentlich größer ist als die der ehelichen wurde aufgezeigt. (S. 47-49)

Zum Vergleich die Übersterblichkeit der nichtehelichen Kinder in Bayern: (Säuglings- und Müttersterblichkeit in Bayern 1976, 8). Im ersten Lebensjahr starben auf 1.000 Lebendgeborene:

1975:	ehelich 18,3	unehelich 31,2
1976:	" 16,7	" 24,9

Der Vergleich der Sterblichkeit der nichtehelich geborenen p.K. mit der allgemeinen Säuglingssterblichkeit 1979 in Bayern und dem Anteil der 1979 in Bayern unehelich Geborenen, ist folgender Tabelle zu entnehmen:

Anteil der unehelich Geborenen an

p.K. 1	p.K. 2	Säuglinge, die 1979 in Bayern verstarben	Säuglinge, die 1979 in Bayern geboren wurden
24 %	23 %	12 %	8 %

Die negative Bedeutung ungünstiger familiärer Verhältnisse für Mutter und Kind muß im Zusammenhang mit sozialer Unsicherheit und Not, mit großen psychischen Belastungen der Mutter und mit folgenden Merkmalen der Kindsväter gesehen werden: Ablehnung, Gleichgültigkeit, fehlende Sorge, wenig Interesse an Mutter und Kind, unregelmäßig oder selten zu Hause.

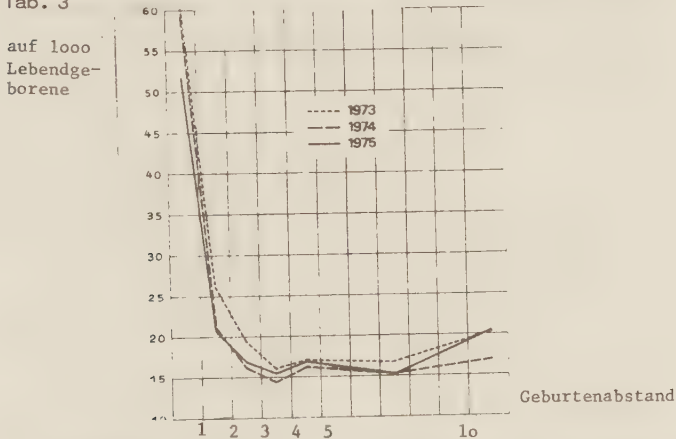
Neben dem hohen Anteil der unehelich geborenen Säuglinge an der Säuglingssterblichkeit, ist diese auch für die in den ersten Ehemonaten Geborenen etwa dreimal so hoch (Säuglingssterblichkeit in Bayern 1976, 16). Was sich in dieser Untersuchung bestätigte. Das Risiko, im Säuglingsalter zu sterben, wächst mit zunehmendem Geburtsrang. 1975 starben von 1.000 Erstgeborenen im ersten Lebensjahr 16, von 1.000 fünften Kindern 29.

Geburtsrang	p.K. 1	p.K. 2	Lebendgeburt in Bayern 1979
5 und höher	9 %	6 %	2 %

Verbunden mit einem hohen Geburtsrang ist häufig ein kurzer Abstand

zwischen den Kindern. " Nach weniger als einem Jahr Geburtsabstand geboren zu werden, bedeutet immer noch ein fast dreieinhalbfach höheres Sterberisiko. (Säuglingssterblichkeit in Bayern, 1976, 16)

Tab. 3



Tab.1o2: Säuglingssterblichkeit in Abhängigkeit zum Geburtenabstand

Hoher Geburtsrang und geringer Geburtenabstand kann deshalb als ungünstig angesehen werden, weil die weitere Schwangerschaft erschwert ist, das Kind schlechtere Pflegebedingungen hat da die Mutter überlastet ist. Hinzu kommen häufig schlechte und beengte Wohnverhältnisse, geringes Einkommen und andere Belastungen. Die Beurteilung der Schichtzugehörigkeit für den p.K. und die Säuglingssterblichkeit unterschiedlicher Autoren wurde dargestellt. (S. 5o-52) In dieser Untersuchung zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Während nur 2 % der bayerischen Bevölkerung 1979 Sozialhilfeempfänger waren, stammen ca. 3o % der p.K. 1 und 26 % der p.K. 2 aus Familien von Sozialhilfeempfängern. Ein Drittel der verstorbenen Kinder stammt also von Eltern aus einer sozialen Problemgruppe wie uneheliche Mütter, Straffällige, Arbeitslose, Prostituierte, Alkoholiker, oder aber aus kinderreichen Familien mit finanziellen Problemen. Eng verknüpft mit den genannten sozialen Problemen sind die äußerst ungünstigen Wohnverhältnisse der verstorbenen Kinder.

Wohnverhältnisse	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2
beengt	43 %	39 %	18 %	8 %
schmutzig	3o %	29 %	3 %	13 %
ungünstige Unter- bringung d. Kindes	45 %	41 %	2o %	8 %

Tab.: 1o3 Wohnverhältnisse

Beengte Wohnverhältnisse bzw. eine ungünstige Unterbringung für das Kind fanden sich bei den p.K. doppelt so häufig wie bei den KG. Interessant sind hier Vergleichsergebnisse des Statistischen Landesamtes. Sie beziehen sich auf den Statistischen Bericht F 110/WS- 785. Nach einer 1 % Stichprobe vom Mai 1978 bewohnte in Bayern eine Person durchschnittlich eine Fläche von 31,07 qm.

Folgende Auflistung zeigt die Verteilungen:

Der Anteil der Wohnungen 14 qm/Person war 4 % und der Anteil der Wohnungen 15-19 qm/Person 9 %. Hier sei noch einmal betont, daß ca.

40 % der p.K. in beengten Wohnverhältnissen lebten. Ein großer Teil dieser Säuglinge lebte mit der Mutter in einem winzigen Zimmer.

Andere Familien lebten zu dritt in einem kleinen Appartement.

Andere kinderreiche Familien oder Ausländer bewohnten - häufig mit einem Untermieter - eine 2- oder 3-Zimmer-Wohnung. All diesen Familien stand meist für Mutter und Kind nicht einmal 14 qm zur Verfügung.

Die schmutzigen, verwahrlosten Wohnverhältnisse, die sich bei 30 % der p.K. zeigten, deuten auf soziale oder andere Probleme wie Alkoholismus, Tablettensucht, Depressionen, apathisches Verhalten eines oder beider Familienmitglieder hin.

Das Zusammentreffen der diskutierten sozialen Probleme zeigte sich in beiden Untersuchungsgruppen. In der 1. Untersuchungsgruppe wurde die Häufung der sozialen Risikopunkte tabellarisch dargestellt (S. 124) und in der 2. Untersuchungsgruppe anhand der Clusteranalyse nachgewiesen. (z.B. Cluster 1: Alter der Mutter, beengte Wohnverhältnisse, ungünstige Unterbringung des Kindes beim Schlafen). Neben den genannten ungünstigen sozialen Faktoren wurden folgende ungünstige Merkmale der Eltern genannt, die beim Säugling zu Störungen führen können (S. 61): Psychosen, neurotische Störungen, Infantilität, Unkenntnis, mangelnde Intelligenz, übertriebener Arbeits- und gesellschaftlicher Ehrgeiz, mangelnde Einfühlung. In dieser Untersuchung zeigte sich, daß die betroffenen Mütter durch ihre soziale Situation und ihre familiären Probleme überlastet waren. Meist standen sie ihren Konflikten hilflos gegenüber. So wirkten 56 % der p.K. 2 hilflos, aber nur 4 % der KG. Signifikant unterschieden sich die untersuchten Gruppen auch in den Merkmalen labil (69 % der p.K. 2, -21 % der KG2), ungepflegt (30 % der p.K. 2 - 8 % der KG 2) und Sucht (37 % der p.K. 2 - 4 % der KG 2). Obwohl Alkohol-, Nikotin- und Tablettensucht wahrscheinlich in vielen Fällen nicht erfaßt werden konnte, war der Anteil bei den betroffenen Frauen 37 %.

Hier sei betont, daß die Merkmale der Mutter wie Hilflosigkeit und Sucht nicht nur bei Frauen in ungünstigen sozialen Situationen auftrat, sondern in allen sozialen Schichten. Auf Korrelationen von ungünstigen sozialen Faktoren mit ungünstigen Merkmalen der Eltern weist z.B. Cluster 3 hin (laute und schmutzige Wohnverhältnisse, Vater straffällig, Mutter und Vater süchtig). Sowohl die ungünstigen sozialen Faktoren, als auch die pathogenen Merkmale der Eltern führten häufig dazu, daß eine Beziehung

zwischen den Eltern nicht entstehen konnte oder gestört war.

Partnerbeziehung	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2
belastet	75 %	60 %	18 %	21 %
sehr gut	/	8 %	43 %	41 %

Tab. 104: Beziehung zwischen den Kindseltern

Diese Belastungen in der Beziehung, sei es auf Grund von sozialen Faktoren (junges Alter der Mutter, beengte Wohnverhältnisse, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Berufe des Mannes, die dazu führen, daß er wenig zu Hause ist wie z.B. Kraftfahrer) und psychischen Faktoren (Hilflosigkeit, Sucht, psychotische oder neurotische Symptome, Beziehungsunfähigkeit) äußerten sich häufig darin, daß die Väter nicht oder wenig zu Hause waren, sich weder finanziell noch emotional um die Familie sorgten und von Anfang an wenig Interesse am Kind hatten. Einige Väter bestanden auf einer Unterbrechung der Schwangerschaft, andere stritten die Vaterschaft ab. In mehreren Fällen kam es zu schweren Streitigkeiten und Mißhandlungen. Die auf Grund von sozialen und/oder psychologischen Faktoren ungünstige familiäre Situation führte meist dazu, daß der Säugling nicht angenommen und seine Bedürfnisse nicht adäquat befriedigt werden konnten, was die Entwicklung des Säuglings schon in der Schwangerschaft negativ beeinflusste. Neuere Forschungen deuten daraufhin, daß sich die Ablehnung der Schwangerschaft sowie Ängste und Streß der Mutter auf den Säugling negativ auswirken. Neeye weist darauf hin, daß man die Ursachen des p.K. vor allem in der Fetalzeit zu suchen hat. In dieser Untersuchung zeigte sich, daß die Vielzahl der genannten sozialen und psychologischen Konflikte der betroffenen Frauen dazu führte, daß die Schwangerschaft häufig abgelehnt wurde, schwer belastet war und in vielen Fällen zu psychischen und somatischen Störungen führte.

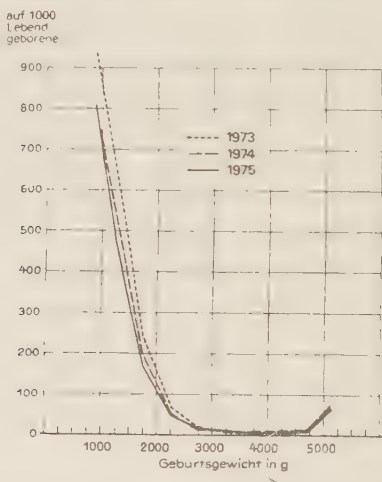
Schwangerschaft	p.K. 1	p.K. 2	KG 1	KG 2	KG 3
ungeplant	69 %	53 %	21 %	29 %	70 %
Unerwünscht	41 %	22 %	7 %	/	40 %
belastet	66 %	66 %	43 %	30 %	40 %

Tab. 105: Einstellung zur Schwangerschaft und Belastungen während der Schwangerschaft

Der Zusammenhang zwischen negativen Einflüssen vor, während und nach der Geburt mit zahlreichen somatischen und psychischen Symptomen des Säuglings wurden beschrieben (S. 69-73). Auf Autoren, die einen Zusammenhang zwischen dem p.K. mit dem Geburtsgewicht sehen, wurde hingewiesen (S. 69).

Während sich das Geburtsgewicht der Gruppe in der ersten Untersuchung nicht unterschied, waren in der zweiten Untersuchung 5 der 51 p.K. und 1 der 23 KG unter 2.500 g.

Die Abhängigkeit des Sterberisikos vom Gewicht des Neugeborenen bei der Geburt ist bekannt. Die Säuglingssterblichkeit in Bayern nach dem Geburtsgewicht ist folgender Tabelle zu entnehmen.



Tab. 106: Abhängigkeit des Sterberisikos vom Geburtsgewicht

Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren zeigten sich bei den p.K. häufiger als bei den KG. So hatte die Hälfte der p.K. 2 aber nur 30 % der KG 2 Komplikationen nach der Geburt. Der Kontakt nach der Geburt zwischen Mutter und Kind war bei den p.K. infolge der Risikofaktoren weniger günstig. So hatten die KG nach der Geburt doppelt so häufig viel Kontakt zu ihrer Mutter als die p.K.

In diesem Zusammenhang sei an die Untersuchungen von Klaus und Kennell erinnert, die die negativen Auswirkungen von dem fehlenden oder mangelnden Kontakt zwischen Mutter und Kind beschrieben. In Untersuchungen über den p.K. wird häufig darauf verwiesen, daß die p.K. seltener oder weniger gestillt wurden, was sich auch in diesem Untersuchungsgut bestätigte. Nicht gestillt wurden 50 % bzw. 58 % der p.K. 1, bzw. p.K. 2, aber nur 26 % der KG1, 13 % der KG2 und 20 % der KG 3.

Die Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge ist auch heute noch zwei- bis dreimal so hoch wie die der gestillten. Ernährungsbedingte Noxen sind nach Akkermann (zit. nach Korporal, 1978, 47) vor allem dann zu befürchten, wenn Frauen unter den Bedingungen eines unbefriedigten sozialen und kulturellen Milieus ihre Säuglinge künstlich ernähren. Diese Beobachtung bestätigte sich in diesem Untersuchungsgut. So korrelierten bei den p.K. meist ungünstige soziale Verhältnisse mit einer " Flaschennahrung ." Die Ursachen hierfür waren negative Einstellung der Mutter zum Stillen, mangelnde Unterstützung des Krankenhauspersonals oder Trennungen von Mutter und Kind auf Grund medizinischer Komplikationen beim Kind. Interessanterweise stillten die Mütter der KG3 (parallelisiert nach sozialer Schicht) ihre Säuglinge genauso häufig wie die Mütter der anderen Kontrollgruppen.

Die Merkmale und Verhaltensweisen der Säuglinge wurden von den genannten Faktoren geprägt und postnatal durch die familiäre Situation modifiziert. Die betroffenen Säuglinge zeigten häufiger ein auffälliges Verhalten, d.h., sie waren entweder sehr ruhig, schliefen viel, weinten nie, oder sie waren äußerst unruhig und quengelig. Die p.K. zeigten auch häufiger als die KG ein problematisches Eßverhalten oder somatische Symptome. Als negative Einflüsse im ersten Lebensjahr wurden u.a. eine inadäquate Stimulation durch die Umwelt, eine ungeeignete oder unzureichende Mutter-Kind-Beziehung oder Trennungen von Mutter und Kind beschrieben. Die Untersuchungsergebnisse zeigen die negativen Einflüsse im ersten Lebensjahr bei den p.K. und den KG. Die Hälfte der betroffenen Mütter hatten zu ihrem Säugling eine unzureichende oder ungeeignete Beziehung. Die extrem ungünstige soziale Situation führte häufig zur Ablehnung der Schwangerschaft, Mutterschaft und des Kindes. Auch psychologische Probleme wie Unreife, Hilflosigkeit, Alkoholismus, somatische oder psychische Störungen und eine fehlende oder gestörte Beziehung zwischen den Kindseltern führten dazu, daß das Kind nicht akzeptiert werden konnte. In anderen Fällen waren die ungünstigen Merkmale des Säuglings die Quelle seiner Ablehnung. Die ungünstigen sozialen Verhältnisse, die psychische Situation der betroffenen Mütter, die problematischen Merkmale der Säuglinge und die belasteten Beziehungen in der Familie prägten die ungünstige familiäre Situation der verstorbenen Kinder.

Folge dieser ungünstigen familiären Situation war, daß die Mütter auf Grund ihrer Belastungen unfähig waren, die Bedürfnisse des Säuglings wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und adäquat zu reagieren. Bei dem Großteil der Mütter drückte sich diese Unfähigkeit, auf das Verhalten des Säuglings richtig zu reagieren, in Kommunikationsstörungen aus. Spitz spricht von der Entgleisung des Dialogs (82-84). " Mütter, die durch Reizüberlastung verwirrt sind,

die affektiv gestört sind und keine gute Einfühlung haben, können das Verhalten der Kinder nur im Hinblick auf ihre eigenen Bedürfnisse auslegen. Die Kommunikation solcher Mütter mit ihren Kindern wird zum sinnlosen Dialog. Die Folge davon ist, daß die Ich-Bildung des Säuglings gehemmt, die Ich-Funktionen verkümmern und das Ich, wenn es am Leben bleibt, verwundbar ist. Der von Spitz beschriebenen Entgleisung des Dialogs lag häufig die von Bauriedl beschriebene Beziehungsstörung der "Verschmelzung" zugrunde. Während im Dialog im positiven Sinn (ich und du) in jedem Moment die Chance besteht, sich durch Beziehungsaufnahme weiterzuentwickeln bzw. ausdifferenzieren und zu "überleben", ist die Verschmelzung (ich oder du) ein Zustand der Erstarrung. "Wenn sich der eine Teil dieser ungetrennten Einheit bewegen will, Nahrung aufnehmen will, Exkremente ausstoßen will, oder sonst in irgendeiner Weise lebendig sein will, bedeutet das Einschränkung bzw. Tod für den anderen Teil. Was der eine von der gemeinsamen Substanz an sich reißt, geht dem anderen verloren." (Bauriedl, 1980, 107.) Diese "Entgleisung des Dialogs" bzw. die "Verschmelzung von Mutter und Kind" zeigte sich in Familien, die infolge äußerst beengter Wohnverhältnisse durch "Reizüberlastung" "verwirrt" und "labilisiert" waren. Hier bedeutete das Dasein des Kindes Einschränkung und - in einigen Fällen auch - existentielle Bedrohung - für die Mütter bzw. die übrige Familie. In anderen Fällen waren die Mütter auf Grund ihres jungen Alters oder wegen größerer Ängstlichkeit unsicher im Umgang mit dem Säugling. Häufig wurde die Ängstlichkeit und Unsicherheit der Mutter durch ein problematisches Verhalten des Säuglings beim Essen und Schlafen oder aber auch durch somatische Störungen verursacht bzw. verstärkt. Die Ängstlichkeit und die Verunsicherung führte dazu, daß die Mütter die Kinder "ständig herumtrugen, immer fütterten."

"Die Kommunikation dieser Mütter wurde zum sinnlosen Dialog, "die Beziehung zwischen Mutter und Kind zur Verschmelzung. Diese Verschmelzung wurde häufig auch durch die fehlende oder gestörte Beziehung zum Kindsvater gefördert. Folge dieser Beziehungsstörung ist, daß "die Ich-Bildung des Säuglings gehemmt und die Fähigkeit zum Dialog nicht erreicht wurde." Diese "Verschmelzung" auf Grund beengter Wohnverhältnisse, einer gestörten Beziehung zum Kindsvater, psychischer Merkmale der Mutter oder Auffälligkeiten des Kindes führte zu einer völligen Überstimulation, die die Belastungsfähigkeit des Säuglings überreizte. Die Mutter - selbst durch diese Situation überfordert und durch "Reizüberlastung" "verwirrt", konnte weder die Reize für den Säugling filtern, noch dessen Kontaktsignale beachten und verstärkte so seine Unsicherheit, wodurch beim Säugling Angst und Hilflosigkeit entstand.

Andere Mutter-Kind-Beziehungen waren durch eine Distanz von Mutter und Kind belastet. Trennung von Mutter und Kind durch ungünstige Wohnverhältnisse, Berufstätigkeit oder Arbeitsüberlastung der Mutter, Krankenhausaufenthalt des Kindes oder emotionale Distanz auf Grund der Unfähigkeit der Mutter, " emotionale Nähe " herzustellen, führten häufig zur Unterstimulation bzw. zum Entzug affektiver Zufuhr, in einigen Fällen wurden nur die notwendigsten Pflegemaßnahmen wie Füttern vorgenommen. Spitz, 1976, 292, beschreibt den Verfall des Kindes durch Fehlen mütterlicher Fürsorge mit folgenden Symptomen: Stockung der psychischen Entwicklung, psychische Funktionsstörungen, somatische Veränderung, gesteigerte Infektionsanfälligkeit, Erhöhung der Sterblichkeitsquoten. Spitz vergleicht die Abfolge von Symptomen mit denen, die Selye als Folgen einer länger dauernden Beanspruchung durch Streß beschrieben hat. Die beschriebenen negativen Entwicklungsbedingungen wirken sich auf Kinder unterschiedlich aus. Folgende Merkmale und Verhaltensweisen des Säuglings können diese Reaktionen auf Belastungen verstärken: Das Kind im ersten Halbjahr reagiert besonders empfindlich auf physikalische und psychische Stressoren (Langmeier, Spitz), da es über ungenügende physiologische und psychische Abwehrmechanismen verfügt. Männliche Säuglinge reagieren auf Streß empfindlicher. Auch sensitive Kinder, die sich noch keine wirksame Barriere gegen übermäßige Stimulation geschaffen haben, werden oft überfordert und neigen zu verschiedenen " psychosomatischen Krisen " wie auch zu intensiven Angsterlebnissen (Greenacre und Bowlby weisen darauf hin, daß Säuglinge, die eine Asphyxie nach der Geburt hatten, auf neue Reize ängstlicher reagieren.)

Im Gegensatz dazu leiden Kinder mit hoher Reizschwelle an einem Mangel an Stimulation und die Folgen mütterlicher Vernachlässigung pflegen sich bei ihnen stärker auszuwirken. Auf Grund somatischer Störungen ist ein Kind besonders gefährdet. Es ist ständigem Leid ausgesetzt und ruft durch lästiges Verhalten leicht ungünstige und ablehnende Einstellungen des Erziehers hervor. Psychische Auffälligkeiten, wie emotionale Unsicherheit, Ängstlichkeit, mangelnde Fähigkeit, soziale Interaktionen herzustellen bzw. die Eltern zu verstärken, Unfähigkeit, Bedürfnisse zu äußern, mangelnde Kompetenz hinsichtlich des " Fertigwerdens mit Belastungen, sind Merkmale, die auch bei den betroffenen Säuglingen häufiger vorlagen, dessen Reaktionen auf die ungünstigen Entwicklungsbedingungen verstärkten und dazu führten, daß die Säuglinge auf Belastungen oder pathogene Umwelteinflüsse inadäquat reagierten und verwundbarer waren. Eine Reaktion, die den Säugling verwundbarer macht, ist Angst oder Hilflosigkeit. Diese Angst oder Hilflosigkeit kann andererseits eine Reaktion auf eine aus sozialer und/oder psychologischer Sicht ungünstigen familiären Situation sein. Sie wird unter Umständen auch durch ungünstige Merkmale des Säuglings ausgelöst bzw. verstärkt. In anderen Fällen können erschreckende Erfahrungen dazu führen, mit mehr Furcht zu reagieren.

In diesem Untersuchungsgut zeigte sich häufig ein Zusammentreffen der gesamten Umstände. Folge dieser Angst war eine Neophobie, also Angst oder Scheu vor dem Erkunden (Grossmann), eine blockierte Lernfähigkeit (Greenacre), fehlende Bewältigungsmechanismen, Hilflosigkeit (Seligman), Rückzug in unbekannten Situationen (Damborska), Furcht vor Unerwartetem und Unbekanntem (Langmeier).

Rückzug, Angst, Hilflosigkeit und Depression sehen Spitz, Bibring, Seligman, Engel, Benedek, Anthony als mögliche Reaktion des Säuglings auf Belastungen. Nach Seligman ist die Hilflosigkeit des Säuglings Folge vom Entzug der mütterlichen Sorge auf Grund sozialer Faktoren wie erdrückende Armut, Trennungen oder psychischer Faktoren wie nichtreaktives oder ängstliches Verhalten der Mutter durch ein unvermeidbares Trauma. Seligman, 1979, 178, sieht eine erhöhte Anfälligkeit für den Tod als Konsequenz von Hilflosigkeit. Im letzten Stadium tritt eine ganze Skala körperlicher Reaktionen auf: Erkrankungen der Atemwege, Asthma, Lungenentzündung, Infektionen, Unterernährung. Das Fehlen physiologischer Einheitlichkeit sollte uns nicht blind machen für die Realität des Phänomens, die einzige Ursache, die wir jetzt spezifizieren können, ist Hilflosigkeit, die Wahrnehmung von Unkontrollierbarkeit. Der Säugling hat durch seine verzögerte Reifung eine "risikoreiche Inkompetenz". Ohne die nötige Fürsorge einer Bezugsperson, die ihn letztlich kompetent macht, ist er völlig hilflos. Die Voraussetzungen dafür, daß der Säugling kompetent wird und nicht hilflos bleibt, sind eine sichere, geeignete Beziehung: die Bezugsperson muß die Belastungen der sozialen Umwelt filtern. Dieser "Filter" muß den Merkmalen des Säuglings entsprechend variabel sein. Langsam muß der Säugling lernen, mit immer größeren Belastungen fertigzuwerden. Der Säugling muß auf Grund eigener Kompetenzen wie psychologischer Verhaltenskompetenzen, Lernkompetenzen, physikalischer Reifungskomponenten und körperlicher Eigenschaften (die das Pflegeverhalten anderer auslösen und aufrechterhalten) fähig sein, in Belastungssituationen seine Bedürfnisse zu äußern, Kontakt zur Bezugsperson herzustellen und aufrechtzuerhalten und dadurch zu lernen, auf Grund eigener Kompetenzen immer weniger Belastungen hilflos gegenüberzustehen. Die Hilflosigkeit des Säuglings ist einerseits die Reaktion auf ungünstige soziale Verhältnisse, eine unsichere Beziehung - durch sie ist er allen umweltbedingten Belastungen hilflos ausgesetzt und die Beziehung selbst ist eine Quelle von zahlreichen Belastungen - andererseits die Folge von somatischen Störungen, oder die Reaktion auf extremen Streß bzw. auf ausweglose Situationen. Der größte Streß zeigt sich auf den Extremen des Stimulationskontinuums: extreme Armut/ extremer Überfluß, sensorische Deprivation/ Überflutung von Reizen, Deprivation/ "Overprotection."

Als ausweglose Situationen, die bei Tier und Mensch zum Tod führen können, werden - neben unkontrollierbaren physikalischen Stressoren wie extreme Dichte, laute Geräusche - die Tabu-Verletzung, der Verlust eines Menschen, ein Heim- oder Gefängnisaufenthalt beschrieben. All diese Situationen führen zu Hilflosigkeit und verhindern eine Beziehung. Die life-event-Forschung sieht vor allem in " Lebensverändernden Ereignissen " und der " Vulnerabilität " oder " Disposition " der Persönlichkeit Faktoren für die Entstehung von Krankheiten.

Paykel, 1980, 212 (in Katschnig) " Diese Vulnerabilität kann aus verschiedenen Komponenten bestehen, aus psychologischen, biologischen, genetischen und Umweltfaktoren." Frühere Erfahrung und ihre Bewältigung, neuropharmakologische, genetische Faktoren, die aktuelle Lebenssituation, Kumulierungseffekte von Belastungen durch andere, nur kurz zurückliegende Lebensveränderungen und Unterstützung von wesentlichen Interaktionspartnern beeinflussen Reaktionen."

In der Literatur über den p.K. werden folgende Stressoren genannt, ihr Stellenwert hinsichtlich der Todesursache wird der theoretischen Ausgangsbasis entsprechend unterschiedlich beurteilt: eine leichte Infektion, Verengung der Luftwege, REM-Schlaf, Druck durch Bettzeug, hochkonzentrierte Nahrung, biotrope Reize, allergene Stoffe, Kälte oder Hitze und viele andere exogene und endogene Faktoren. All diese Todesumstände bestätigten sich in diesem Untersuchungsgut: alle Kinder starben im Schlaf, die Hälfte der Kinder war überdeckt, ein Großteil der Säuglinge zeigte vor dem Tod leichte Symptome. Zusätzlich zeigte sich, daß ein Viertel der Säuglinge nach oder während einer längeren Trennung von der Mutter starb, daß eine deutliche Häufung der Todesfälle um das Wochenende vorliegt, daß bei mehr als der Hälfte der Säuglinge kurz vor dem Tod außergewöhnliche familiäre Ereignisse auftraten, wie ein großes Familienfest, Streit bzw. Trennung der Eltern, Urlaub, Umzug, Kündigung des Arbeitsplatzes usw. Für die gesamte Familie bedeuteten diese Ereignisse Streß. Begleiterscheinungen dieser Ereignisse oder inadäquate Reaktionen auf diesen Streß war in einigen Fällen extremer Alkohol- und Zigarettenkonsum, in anderen Fällen verließen Kindsvater bzw. Kindsmutter die übrige Familie. Bei einem Viertel der Säuglinge war zum Todeseintritt keine Bezugsperson erreichbar. Auf Grund der fehlenden Hilfe der Mutter,, auf Grund somatischer Störungen (wie z.B. unstabiles autonomes Nervensystem, erhöhte oder verminderte Reaktionsbereitschaft auf Reize, unstabiles Atemsystem, schwache Immunabwehr, Gehirnschaden, Störungen im Atemsystem), psychischer Störungen (erhöhte Ängstlichkeit, reduzierte Lernfähigkeit) und altersbedingter Faktoren (wie physiologische und psychische Risikofaktoren auf Grund fehlender Abwehrmechanismen) konnten die Säuglinge diese Belastungen unter Umständen nicht überwinden und waren ihnen - da der Schutz durch günstige familiäre Verhältnisse fehlte bzw. negative Einflüsse einer ungünstigen familiären Situation dazukamen - hilflos ausgeliefert.

Wodurch wurde der Tod letztlich ausgelöst ?

" Im letzten Stadium tritt eine ganze Skala körperlicher Reaktionen auf: Herzversagen, Asthma, Lungenentzündung, Krebs, Infektionen, Unterernährung. Das Fehlen physiologischer Einheitlichkeit sollte uns jedoch nicht blind machen für die Realität des Phänomens oder für seine regelmäßige psychologische Ursache, die einzige Ursache, die wir beim derzeitigen Stand unseres Wissens spezifizieren können: Hilflosigkeit, die Wahrnehmung von Unkontrollierbarkeit." Auch die Problematik der Abgrenzung " der p.K. " von den übrigen Todesursachen wurde beschrieben. Die Behauptung Seligmans, daß letztlich viele somatische Reaktionen zum " Tod durch Hilflosigkeit " führen können, zeigte sich in diesem Untersuchungsgut.

Soziale Probleme wie Armut, Wohnungsnot, psychische Probleme der Mutter wie Hilflosigkeit, Depressionen, die fehlende Unterstützung des Kindsvaters und der übrigen sozialen Umwelt führten dazu, daß die Schwangerschaft extrem belastet war und die Säuglinge intrauterin durch den Streß der Mutter bzw. deren Streßreaktionen (Sucht, Fehlernährung, psychosomatische Störungen) geschädigt oder traumatisiert wurden. Medizinische Risiken, Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt, rigide Fütterungs- und Pflegesituationen und eine fehlende oder inadäquate Unterstützung in der Klinik, verstärkten bei der Mutter die Ängste und Inkompetenz " es zu Hause mit dem Kind nicht zu schaffen " und beim Säugling wurde die " Kompetenz " durch körperliche Eigenschaften, das Pflegeverhalten der Mutter auszulösen, untergraben. Zu Hause belastete die ungünstige familiäre Situation bzw. die häufig problematischen Verhaltensweisen des Kindes die Mutter-Kind-Beziehung. Bei einem Großteil der Fälle kam es auf Grund beengter Wohnverhältnisse oder Unreife bzw. Ängstlichkeit der Mutter oder auf Grund somatischer oder psychischer Störungen des Kindes, " zum sinnlosen Dialog von Mutter und Kind " bzw. zur " Verschmelzung " - die Folge war eine völlige Überstimulation.

In anderen Fällen wurden die Säuglinge durch Überlastung der Mutter durch Berufstätigkeit, durch deren Unwissenheit oder Gleichgültigkeit, oder auf Grund eines apathischen Verhaltens unterstimuliert.

Sowohl auf die Unter- als auch die Überstimulation reagierten die Säuglinge mit Ängsten und Hilflosigkeit bzw. somatischen Störungen. Auf Grund dieser Störungen entstanden Entwicklungs- und Lerndefizite. Infolge mangelnder Lernfähigkeit waren die Säuglinge den sich häufig akkumulierenden Belastungen hilflos ausgeliefert und starben.

13. Zusammenfassende Schlußfolgerungen und Hinweise für präventive Maßnahmen

Da die Abgrenzung des p.K. von anderen Todesursachen im Säuglingsalter problematisch ist, sollten durch Untersuchungen der Säuglingssterblichkeit eindeutige Kriterien zur Erfassung der p.K. erarbeitet werden.

In dieser Untersuchung stellten sich die " p.K. " hinsichtlich der Ursachen, Umstände und Anlässe des Todes als heterogene Gruppe dar.

In der Mehrzahl der Fälle schien der Tod die Folge ungünstiger Entwicklungsbedingungen:

Die zahlreichen korrelierenden medizinischen, sozialen und psychologischen Faktoren, die das Leben eines Säuglings gefährden und unter Umständen zum Tod führen, erfordern eine multidisziplinäre Forschung. Diese Forschung sollte systematisiert werden: Retrospektiv sollte sowohl anhand von epidemiologischen Untersuchungen zur Säuglingssterblichkeit als auch durch Einzelfallanalysen verstorbener Säuglinge eine interdisziplinäre Theoriediskussion erfolgen: d.h., die Todesfälle sollten aus sozialer, psychologischer und medizinischer Sicht analysiert werden. Dadurch könnten die bedingenden Faktoren katalogisiert werden und als Informationen für weitere Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit zur Verfügung stehen.

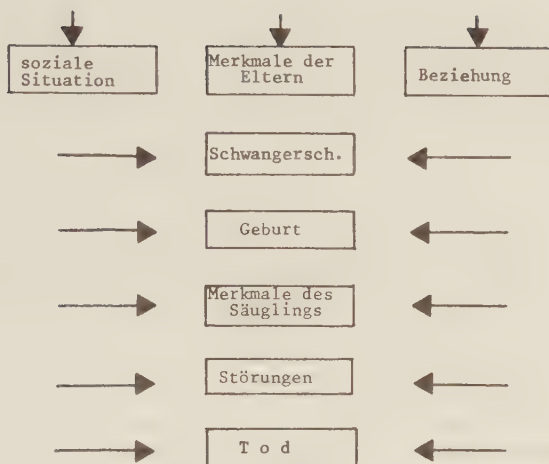
Eine wirkliche Einzelfallanalyse kann nach Schmidt, 1974, 187, erwartet werden, wenn es gelingt, die medizinische Anamnese, den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die sozio-ökonomische Situation, den Sektionsbefund und eine exakte Todesursachendiagnose zu erhalten. Aus psychologischer Sicht sollten auch folgende Informationen gesammelt werden: Beziehung der Kindseltern, Art der Mutter-Kind-Beziehung, psychische Merkmale von Mutter und Kind, negative Einflüsse im 1. Lebensjahr. Diese Informationen könnten gesammelt werden, wenn folgende Probleme bewältigt sind:

- Erstellung eines geeigneten Fragebogens zur Erhebung prä-, peri- und postnataler, medizinischer, sozialer und psychologischer Daten. (hierzu wäre die Zusammenarbeit folgender Stellen die Voraussetzung: Kinderkliniken, Kinderärzte, Sozialämter, Erziehungsberatungsstellen, Mütterberatungsstellen, Sozialarbeiter, Kinderkrippen)
- eine ausführliche Todesbescheinigung
- eine exakte Klassifizierung der Todesursache durch gründliche Aufarbeitung des histologischen Materials.

Auf Grund dieser Informationen könnten sowohl retrospektiv gezieltere Ursachenforschungen als auch prospektiv verbesserte präventive Maßnahmen erfolgen.

Zuerst sollen nun einige Voraussetzungen für diese präventiven Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit genannt, dann praktische Hinweise, die auf Grund dieser Untersuchung wichtig scheinen, gegeben werden:

- präventive Maßnahmen sollten konstruktiv sein: d.h., die Gesundheit erhalten und fördern, Störungen früher erkennen, ihnen entgegenwirken bzw. therapieren. Das oberste Ziel der Prävention sollte also die Gesundheit des Einzelnen bzw. der Familie sein. Ihr Einsatz sollte deshalb von ethischen Gesichtspunkten geleitet sein.
 - Präventive Maßnahmen sollten nicht nur individuumorientiert sein, sondern die familiäre Situation des Säuglings einbeziehen, sie sollten die Verbesserung der gesamten Entwicklungsbedingungen eines Säuglings zum Ziel haben und sich weder auf spezifische Faktoren noch auf spezifische Entwicklungsphasen beschränken, deshalb wäre es wünschenswert, daß der Einsatz primärer Prävention rechtzeitig schon vor der Schwangerschaft gefördert wird.
 - Die präventiven Maßnahmen sollten auf spezielle Adressatenkreise bezogen werden, d.h. neben einer Basisprävention, die mehr informativen Charakter hat, sollte eine problemgruppenspezifische Prävention erfolgen, die auch therapeutische Maßnahmen beinhaltet.
 - die Voraussetzung einer optimalen Früherfassung-,erkennung und -behandlung von " Problemfamilien bzw. Problemkindern " ist die Verbesserung diagnostischer Maßnahmen. Nur durch das Erfassen von sozialer, medizinischer, psychischer prä-, peri und postnataler Risikofaktoren ist die Erfassung entwicklungsgefährdeter Kleinkinder möglich.
 - Bei allen präventiven Maßnahmen ist deshalb die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie) bzw. die Kooperationsbereitschaft verschiedener Institute (Kliniken, Sozialhilfämter, Erziehungs- und Mütterberatungsstellen, Gesundheitsamt, niedergelassene Ärzte) unerlässlich: Sowohl bei der Information der Familien, bei der Diagnostik von Risikofaktoren, bei der Erfassung von entwicklungsgefährdeten Säuglingen als auch bei der Therapie.
 - eine weitere Voraussetzung für erfolgreiche Prävention ist die Kooperationsbereitschaft von seiten der Eltern.
 - Schließlich hängt die Qualität der Prävention von den Fähigkeiten und Kenntnissen der Personen ab, die sie durchführen. Jeder, der präventiv arbeitet, sei es ein Arzt, ein Sozialarbeiter, eine Krankenschwester oder ein Psychologe, sollte die wichtigsten sozialen, psychischen und medizinischen Faktoren kennen, die die Entwicklung eines Säuglings gefährden und betroffenen Familien Stellen, die helfen können, vermitteln. Die Berater sollten deshalb kooperationsbereit sein, sich in andere einfühlen und andere akzeptieren können.
- Abschließend sollen einige Ansätze zur Durchführung präventiver Maßnahmen anhand des Entwicklungsmodells aufgezeigt werden:



Tab.110 : Möglichkeiten präventiver Maßnahmen

Präventive Maßnahmen (durch Pfeile veranschaulicht) sind an jeder Stelle des Entwicklungsmodells möglich.

Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Situation der Familien:

Hierunter fallen wirtschaftliche Maßnahmen zur materiellen Sicherung der Familie, wie Darlehen für junge Familien, Einrichtung und Erhaltung einer familiengerechten Wohnung, Beihilfen zur Beschaffung einer Baby-ausstattung. Die Verbesserung von ungünstigen sozialen familiären Verhältnissen ist Grundvoraussetzung, um die Entwicklungsbedingungen eines Säuglings zu verbessern und seine Überlebenschance zu erhöhen. Besondere Unterstützung brauchen deshalb Frauen bzw. Familien mit großen sozialen Problemen (junge Frauen, Unverheiratete, Familien mit großen finanziellen Problemen, Sozialhilfeempfänger, Familien mit ungünstigen Wohnverhältnissen).

Diese sozialen Problemgruppen sollten besonders beraten und bei der Beantragung von sozialen Hilfen unterstützt werden.

Maßnahmen zur Verbesserung der "psychischen Situation" der Familien:

Hierzu gehören folgende pädagogische Maßnahmen: Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung- und vorsorge in der Schule, Ausweitung des Faches

Erziehungskunde in folgenden Bereichen: Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen, Vermittlung von Wissen über Faktoren, die die Entwicklung eines Säuglings beeinflussen, Informationen über Schwangerschaftsfragen, Besprechen von Familienkonflikten, Beratung in Ehe-, Familien- und Partnerfragen. Besondere Hilfe bräuchten Familien bzw. Frauen in besonderen Belastungssituationen, hilflose Frauen bzw. solche mit somatischen oder psychischen Störungen, die weder von ihrem Partner noch von einer anderen Bezugsperson unterstützt werden. Gerade diese Problemgruppe wird schwer erreichbar sein, und sowohl die pädagogischen als auch die psychologischen Maßnahmen sind wenig erfolgversprechend.

Maßnahmen während der Schwangerschaft: Welche präventiven Maßnahmen während der Schwangerschaft geleistet werden sollten, besagt das Bayerische Schwangerschaftsberatungs-gesetz:

Art. 1) Jede Schwangere hat Anspruch auf Beratung in allen, die Schwangerschaft betreffenden sozialen Fragen, ihr sind Verständnis und besondere Hilfsbereitschaft entgegenzubringen.

Art. 3) Die Beratung soll dazu beitragen, Not- und Konfliktlagen zu bewältigen und die Lage von Mutter und Kind zu erleichtern.

Art. 4) Die Beratung umfaßt die Hilfe bei Bewältigung von Schwierigkeiten, Unterrichtung über öffentliche und private Hilfen, Hinweise auf Notwendigkeit ärztlicher Betreuung, Aufklärung über Familienplanung und kann auch Ehe-, Partner- und Sexualberatung miteinbeziehen.

Die Bedeutung negativer Einflüsse während der Schwangerschaft für die frühkindliche Entwicklung, die in dieser Untersuchung aufgezeigt wurde, zeigt die Notwendigkeit dieser im Gesetz verankerten Beratungen und Hilfen für werdende Mütter.

In dieser Untersuchung zeigte sich, daß die Hilfen - besonders für werdende Mütter mit sozialen und/oder psychischen Problemen - meist ungenügend oder unzureichend waren und weder die obengenannten Voraussetzungen erfüllten, noch dem Gesetz genügte. Die Beratung von werdenden Müttern sollte folgende Bereiche umfassen: soziale Beratung: Information über materielle Hilfen, medizinische Beratung und Untersuchungen: Informationen über Verlauf von Schwangerschaft und Geburt, genetische Beratung, Vorsorgeuntersuchungen, psychologische Beratung: Beratung bei Konflikten mit der sozialen Umwelt, Eingehen auf die Ängste während der Schwangerschaft, psychologische Geburtsvorbereitung, Hilfen zur Vorbereitung auf das Kind. Neben den Frauen in ungünstigen sozialen Situationen brauchen folgende Schwangere besondere Hilfe: Frauen mit großen Partnerproblemen, Frauen mit somatischen oder psychischen Störungen, Frauen, die ein krankes oder totes Kind in der Anamnese haben, Frauen, mit einer drohenden Frühgeburt. All diese Frauen sollten durch spezielle Beratung oder themenzentrierte Gruppentherapie besonders auf die Geburt und das Kind vorbereitet werden.

Maßnahmen vor, während und nach der Geburt: Folgende präventiven Ansatzpunkte sollte eine " natürlichere " und " familienorientierte " Geburt

ermöglichen:(Stauber, 1977, 802)- Im Kreissaal: Intensive Zuwendung von Hebamme und Arzt, Möglichkeit zur Partneranwesenheit, Anstreben eines positiven Geburtserlebnisses, Überlassen des Kindes der Mutter unmittelbar postpartal. Auf der Wochenbett- und Säuglingsstation: Möglichkeit zum "Rooming-in" und "Self-Demand Feeding" und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung (sensitive Phase), ermutigende Unterstützung beim Stillen, Hilfen in allen den Säugling betreffenden Fragen.

Durch diese Maßnahmen könnte die Mutter die Pflege des Kindes besser lernen, dadurch würden Ängste abgebaut werden und die Mutter würde das Kind schon in der Klinik besser kennenlernen. Durch die Hilfe einer Säuglingsschwester könnten die Mütter die Bedürfnisse ihres Säuglings erfahren, die Wahrnehmung der Bedürfnisse schulen und mögliche Reaktionsformen üben.

Die Voraussetzungen hierzu wären folgende Kenntnisse und Fähigkeiten der Schwestern: Einfühlung, Wärme, Verständnis, Geduld. Sie sollten auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind eingehen und das Gefühl der " Kompetenz " vermitteln, d.h. für die Mutter: ich kann meinen Säugling auch zu Hause versorgen, d.h. für den Säugling: meine Bedürfnisse werden wahrgenommen und die Umwelt reagiert darauf. Besondere Hilfen brauchen Erstgebärende, Mütter, die überängstlich sind oder diejenigen, die ihr Kind ablehnen oder Mütter mit Säuglingen, die auf Grund folgender Merkmale " besonders gefährdet sind ": Frühgeburten, Säuglinge mit somatischen Störungen, apathische oder äußerst quengelige Kinder oder Säuglinge, die auf Grund ihres Aussehens, Geschlechts oder anderer Merkmale von ihrer Mutter abgelehnt werden. Besonders gefährdet sind jene " Mutter-Kind-Paare " bei welchen Mutter und Kind diese genannten Merkmale aufweisen und deren Beziehung von Anfang an schwer belastet ist. Diese " Risikopaare " sollten von Anfang an durch Mütterberatungsstellen, Ärzte und der übrigen sozialen Umwelt unterstützt werden.

Präventive Maßnahmen im ersten Lebensjahr:

Um die gesunde Entwicklung eines Säuglings im 1. Lebensjahr zu ermöglichen, sollten seine Grundbedürfnisse adäquat befriedigt werden: Die Erreichung folgender Ziele sind Basismaßnahmen:

- Ein " gutes Nest " ist die Grundvoraussetzung, deshalb sollte ein " kindgerechter familiärer Lebensraum " eingerichtet und gesichert sein.
- Das Bedürfnis des Säuglings nach Nahrung, Bewegung, Pflege, Stimulation, Lernen kann nur in einer adäquaten Beziehung zur Mutter befriedigt werden, deshalb sollten die Voraussetzungen für eine geeignete Beziehung geschaffen werden:

Die " Unverwundbarkeit " des Säuglings sollte gestärkt werden durch:

- Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung im 1. Lebensjahr,
- Hilfen beim Erwerb von Bewältigungsmechanismen (Überwinden von dosierten Belastungen: Lernfähigkeit steigern)
- Nichtüberschreiten von Belastungen (Mutter: Filterfunktion).

Das Ziel präventiver Maßnahmen sollte also die Stärkung der " Unverwundbarkeit " des Säuglings sein, durch die adäquate Befriedigung seiner Bedürfnisse in einer geeigneten Mutter-Kind-Beziehung.

Folgende Informationen und Hilfen sollten deshalb vermittelt werden:

- Information über Bedürfnisse des Säuglings (richtige Ernährung, Bewegung usw.)

- Hilfen beim Wahrnehmen dieser Bedürfnisse.

- Informationen und Hilfen beim Reagieren auf diese Bedürfnisse.

Durch eine geeignete Mutter-Kind-Beziehung fühlt sich der Säugling sicher, wird vor Unterstimulation bzw. Überstimulation geschützt und kann die Stimulation assimilieren und bewältigen. Das bedeutet, daß er optimale Bedingungen hat, um seine Lernfähigkeit bzw. Kompetenzen zu entwickeln. Die Kompetenz und Lernfähigkeit eines Säuglings wächst dann, wenn er fähig ist durch sein Handeln seine Bedürfnisse zu befriedigen, d.h., wenn er fähig ist, vor allem in Gefahrensituationen die Reaktion der Mutter herbeizuführen.

Papousek, 1976, 18, zieht den Schluß, daß Lernen beim Neugeborenen umso wahrscheinlicher ist, je eher es dem neugeborenen Organismus ermöglicht wird, eine biologisch relevante Umweltveränderung kontingent mit seiner eigenen Aktivität zu erreichen.

Den Ergebnissen zufolge entwickelt sich die Lernfähigkeit im 1. Lebensjahr sehr rasch, besonders in den ersten drei Monaten und ist abhängig von den vorausgegangenen Lernerfahrungen und von der Einübung der Lernmechanismen.

3 Faktoren sind für die Integration der Anpassungsreaktionen bedeutungsvoll:

- die Wiederholung eines vertrauten Reizes,
- der Zusammenhang eines Reizes mit biologisch relevanten Ereignissen,
- die Kontingenz eines Umweltereignisses mit der eigenen Aktivität des Organismus.

Bereits viermonatige Säuglinge sind fähig, in der Struktur der Umgebung einfache Regeln zu entdecken und Verhaltensstrategien auszubilden, wenn sie nicht überfordert werden. Wurden die Grenzen ihrer Belastbarkeit überschritten, beobachtete Papousek, daß die Säuglinge regungslos dalagen, ihr Blick ohne Konvergenz ins Leere starrte, die Atmung wie im ruhigen Schlaf war und sie auf keine Anregungen mehr reagierten.

Seligman weist darauf hin, daß durch die Vermittlung von Bewältigungsreaktionen Hilflosigkeit vermieden werden kann: Die Furcht, die im Organismus angesichts traumatischer Bedingungen erlebt wird, kann reduziert werden, wenn er lernt, daß seine Reaktionen die traumatischen Bedingungen kontrollieren, sonst weicht die Furcht der Depression. Das zentrale Ziel einer erfolgreichen Therapie ist es, dem Patienten die Überzeugung zu vermitteln, daß seine Reaktionen zur erwünschten Belohnung führen, daß er ein Mensch ist, der etwas bewirken kann. Gelernte Hilflosigkeit kann also verhindert werden, wenn das Individuum Ereignisse meistert, deshalb erscheint die Vermittlung von Bewältigungsreaktionen wichtig.

Prävention im Sinne Seligmans heißt: Immunisierung durch Kontrolle über Verstärker. Besonders gefährdet sind demnach Säuglinge, die auf Grund sozialer Unsicherheit, auf Grund nichtreaktiver mütterlichen Verhaltens, Trennungen von der Mutter oder somatischen Störungen keine Kontrolle über Verstärker haben: Sind Reaktionen des Kindes und Konsequenzen asynchron und das Kind hilflos, so hört es auf, Reaktionen auszuführen und lernt, daß aktives Verhalten wirkungslos ist. Diese Säuglinge sind in besonderer Gefahr, weil sie auf Belastungen und alles Neue und Unbekannte hilflos reagieren.

Die Akkumulation von Belastungssituationen, die das Leben eines Säuglings bedrohen, sollten so weit als möglich vermieden werden bzw. in diesen Situationen sollten seine Bedürfnisse " besonders " adäquat erfüllt werden:

- kranke Säuglinge sollten besonders einfühlsam von der Mutter umsorgt werden (bei Krankenhausaufenthalten rooming-in)
- außergewöhnliche familiäre Ereignisse sind für den Säugling ein großer Streß, in dieser Zeit braucht er besondere Zuwendung.
- Säuglinge nicht alleine lassen ! Schwere Ängste können ausgelöst werden (bei 26 % der p.K. waren Mütter bei Todeseintritt nicht erreichbar)
- günstige Schlafverhältnisse schaffen (Kinderbett, leichte Bettdecke)
- Lage dem Kind selbst überlassen
- nach dem Kind schauen, wenn es schläft
- den Säugling am Wochenende nicht überfordern,
- extreme Kälte und Hitze vermeiden,
- Nahrung nicht in kritischen Situationen umstellen,
- nicht bei Erkältung impfen !

Familien, bei welchen sich die sozialen und psychologischen Belastungen akkumulieren und deren Säuglinge " verwundbar " sind, brauchen besondere Hilfen. Elternselbsthilfegruppen, anonyme Gruppen, die genannten Institutionen, sollten in Krisensituationen die Familien durch soziale, psychologische und medizinische Interventionen unterstützen, daß sie lernen, diese Belastungen zu überwinden und ihnen nicht hilflos ausgeliefert sind.

LITERATURNACHWEIS

- Althoff, H. Der plötzliche und unerwartete Tod von
Säuglingen und Kleinkindern,
Fischer, Stuttgart 1973
- Althoff, H. Sudden infant Death Syndrome (SIDS)
Fischer, Stuttgart/New York 1980
- Anthony, J. Depression and Human Existence
Benedek, T. Little, Brown and Company Boston 1975
- Arnon, SS. Intestinal infection and toxin production
Damus, K. by Clostridium Botulinum as one cause of
Mindura, TF. sudden infant death syndrome
Wood, RM. Lancet, 1978 I, (1273)
- Atteslander, P. Verzerrungen im Interview
Kneubühler, H.-U. Westdeutscher Verlag, Opladen 1975
- Appley, M. Psychological Stress
Trumbull, R. Appleton Century Crofts, New York 1967
- Bartels, H. Perinatale Atmung
Riegel, K. Springer, Berlin 1972
Wenner, J.
Wulf, H.
- Bauriedl, T. Beziehungsanalyse
Suhrkamp, Frankfurt 1980
- Beckwith, J. The sudden infant death Syndrome: A new theory
Pediatrics, 55,5, 1975 (583-84)
- Bellak, L. Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie
Small, L. Suhrkamp, Frankfurt 1975
- Bergmann, A. Studies of the Sudden infant Death Syndrome in
Ray, C. King County, Washington III Epidemiology,
Pomeray, B. Pediatrics, 49, 1972, (860-870)
Wahl, P. Sudden- Infant Death Syndrome
Beckwith, J. Proceedings of the second International Conference
on causes of Sudden Death in Infants,
University of Washington Press, 1970
- Bettelheim, B. Die Geburt des Selbst
Kindler, München 1977

- | | |
|--|--|
| Biebring-Sorensen
Jorgensen
Hilden | Sudden Infant Death in Copenhagen,
Acta Pädiatr. Scand 67, 1978 (129-137)
Acta Pädiatr. Scand 68, 1979 (1-9)
Acta Pädiatr. Scand 68, 1979 (11-22) |
| Biermann, J. | Handbuch der Kinderpsychotherapie
Ernst Reinhardt, München 1976 |
| Birbaumer, N. | Physiologische Psychologie
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1975 |
| Blohmke | Epidemiologie und präventive Medizin
Handbuch der Sozialmedizin Band III
Enke, Stuttgart 1977 |
| Bommert, H. | Grundlagen der Gesprächspsychotherapie
Kohlhammer, Stuttgart 1977 |
| Bommert, H. | Psychologische Erziehungsberatung
Kohlhammer, Stuttgart 1978 |
| Bonn, H. | Eltern-Kind-Beziehung
Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt 1977 |
| Bowlby, J. | Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit
Kindler, München 1973 |
| Bowlby, J. | Trennung
Kindler, München 1976 |
| Bräutigam, W. | Psychosomatische Medizin
Thieme, Stuttgart 1975) ² |
| Brazelton, T. | Babys erstes Lebensjahr
DTV, München 1969 |
| Bryan, C.
Karlberg, P.
Riegel, K.
Schulte, FJ | Genese postpartaler Apnoen
Perinatale Medizin VI.
Thieme, Stuttgart 1975 |
| Carpenter, R. | Identification and follow-up of infants at risk
of sudden death in infancy
Nature, 250, 1974 (729) |

- Cawley, R. Influence of the prenatal Environment on
Post-Natal Growth
Brit. J. prev.soc.Med., 8, 1954 (66-69)
- Chateau, P. Neonatal Care Routines
Umeo Universität, 1976
- Christoffel, H. Einige fötale und frühstkindliche Verhaltensweisen
Int. Z. Psychoanal.u.Imago, 24, 1939 (447-460)
- Coe, J. Sudden unexpected death in infancy
J. of Pediatrics, 1960, (786-793)
- Collatz/Flatz Geistige Entwicklungsstörungen
Huber, Bern 1976
- DFG Forschungsbericht: Schwangerschaftsverlauf und
Kindesentwicklung
Boldt, Boppart 1977
- Dixon, W.J. Biomedical Computer Programs
University of California Press, Berkeley-Los Angeles-
London 1975
- Elliott, K. Lipis malnutrition and the developing brain
Knight, J. Elsevier-Exerpta Medica-North-Holland
(eds) Amsterdam-London-New York 1972
- Emery, J. " Welfare of families of Children Found Unexpectedly
Death "
Brit.Med.J. 1972, (612)
- Emery, J. What kind of cot death ?
Brit.Med. J., 1978, III, (671)
- Emery, J. Hypernatraemia and uraemia in unexpected death in
infancy
Archives of Disease in Childhood, 49, 1974 (686-692)
- Emery, J. Epidemiology of sudden unexpected or rapid Death
in Children
Brit.Med.J., 1959, III, (925-930)
- Engfer, A. Erklärungs- und Interventionsmodelle zur
Kindsmißhandlung
Skript 1978

- Erikson, E. Kindheit und Gesellschaft
Klett, Stuttgart 1968)³
- Ewerbeck, H. Sind Kinder in der Bundesrepublik Deutschland
noch erwünscht ?
Weltgesundheitsstag 1979, Gesunde Kinder- unsere
Verantwortung, Bundesvereinigung für Gesundheits-
beratung, 1979
- Friedrich, H. Soziale Deprivation und Familiendynamik
Fränkel -Dahmann, J. Vandenhoeck/Ruprecht,
Schaufelberger, H.J. Göttingen 1979
Streeck, U.
- Frogatt, P. Epidemiology of Sudden Unexpected Death in
Infants in Northern Ireland
Brit.J.prev.soc.Med., 25, 1971, (119-134)
- Gädeke, R. Vergleichende Analyse des Erstickungs-Unfalltodes
und des " plötzlichen Kindstodes " bei Säuglingen
und Kleinkindern
Klin. Pädiatr. 190, 1978, (280)
- Gaensslen/Schubö Einfache und komplexe statistische Analyse
Reinhardt, München 1973
- Graber, H. Pränatale Psychologie
Kindler, München 1974
- Grassi, E. Familientherapie
Rowohlt, Hamburg 1975
- Groddeck, G. Verdrängen und teilen
Kindler, München 1974
- Grossarth- Krankheit als Biographie
Maticek Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1979
- Grossmann, K. Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt
Kindler, München 1977
- Harnack, G.-A. v. Kinderheilkunde
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1971)²

- Hassenstein, B. Verhaltensbiologie des Kindes
Piper, München-Zürich 1973
- Hellbrügge, T. Das sollten Eltern heute wissen
Kindler, München)³
- Henseler, H. Narzißtische Krisen
Rowohlt, Hamburg 1974
- Heuer, G. Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen
Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- Hilbig, Ch.
Schwarzwälder, H. Beratung in Schwangerschaftskonflikten in
Koschorke Schwangerschaftskonfliktberatung
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1978
- Hildebrand, H. Plötzlicher Tod im Kleinkindesalter
Med.Klin. 61, 1966, (169-173)
- Hildebrand, H. Soziale Aspekte des plötzlichen Todes im
Kleinkindesalter
Med.Klin. 62, 25, 1967
- Janßen, H. Unreifes ZNS provoziert Krippentod
Selecta 16, 1978, (1464-1472)
- Jillek, L.
Trojan, S.
(eds) Ontogenes is of the brain
Universita Karlova, Prag 1974
- Kächele, H. Der Begriff " psychogener Tod " in der medizi-
nischen Literatur
Z. psychosom.Med. 16, 1970, (105-129), (202-222)
- Katschnig, H. Sozialer Streß und psychische Erkrankung
Urban/Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1980
- Klaus, M.H.
Kennel, J.H. Maternal- infant bondig
Mosby, Saint Louis 1976
- Korporal, J.
Zink, A. Epidemiologie der Säuglingssterblichkeit
Thieme, Stuttgart 1978
- Koschorke, M.
Sandberger, J. Schwangerschaftskonfliktberatung
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1978

- Kraus, J. Discriminatory Risk Factors in Post-Neonatal Sudden Unexplained Death
Am.J. Epid. 96, 1972, (328-332)
- Laing, R. Wahnsinn und Familie
Kiepenheuer und Witsch, Köln 1975)²
- Langmeier, J. Psychische Deprivation im Kindesalter
Metèjček Urban/Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977
- Lebovici, S. Die Persönlichkeit des Kindes
Kindler, München 1978
- Lempp, R. Psychosen im Kindes- und Jugendalter
Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1973
- Levi, L. Psychosocial Stimuli, Psychophysiological Reactions und Disease
Acta medica scand 1972, (528)
Stress and Distress in Response to psychosocial Stimuli 1975
- Levi, L. Körper, Seele, Krankheit
Musterschmidt, Göttingen 1974
- Lidz, T. Die Familienumwelt der Schizophrenen
Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- Lipsitt, L. The Newborn as Informant
Kearsley, R.B. Sigel, J. Infants at Risk: Assessment of Cognitive Functioning, Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers in Press
- Lipsitt, L. Perinatal Indicators and Psychophysiological Precursors of Crib Death Horowitz: Early Developmental Hazards: Predictors and Precautions AAAS Selected Symposium Published by Westview Press, Colorado 1980
- Lowe Incidence of infectious disease in the first three years of life, related to social circumstances
Brit.J.prev.soc.Med. 8, 1954, (24-28)
- Lukesch-Toman Psychogene Faktoren der Schwangerschaft
zit.nach Zeitungsnotiz von SZ 13./14.1.1979

- Macfarlane, A. Die Geburt
Klett-Cotta, Stuttgart 1978
- Mahler, M. Symbiose und Individuation
Band 1: Psychosen im frühen Kindesalter
Klett, Stuttgart 1972
- Mahler, M. Die psychische Geburt des Menschen
Pine, F. Fischer, Frankfurt 1978
Berman, A.
- Mahnke, P. Epidemiologie und spezielle Pathologie des
plötzlichen Todes im Kindesalter
Dtsch. Gesundheitswesen, 21, 1966, (2188-2191)
- Maneke, M. Sozialpädiatrie
Urban/Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979
- Molinski, H. Schwangerschaft als Konflikt
In: Koschorke, Schwangerschaftskonfliktberatung
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1978
- Molz, G. Plötzlicher Tod im 1. Lebensjahr
Hartmann, H. Fort.Med.25, 1976, (1309-1372)
- Morishima, H. The influence of maternal psychological stress on the
Pedersen, H. fetus
Finster, M. Am.J. Obstet Gynecol, 1978, (131-286)
- Morrison, S. Social and Biological Factors in Infant Mortality
Morris, J. Arch.Dis.Childh., 1958, (101-113)
Heady, J.
- Müller, G. Pathologische-anatomische und experimentelle
Untersuchungen zum Problem des plötzlichen
Kindstodes
Fort.Med. 82, 1964, (387-422)
- Müller, G. Der plötzliche Kindstod
Thieme, Stuttgart 1963
- Müller, K. Telekolleg für Erzieher, Psychologie I
TR Verlagsunion, München 1975)²

- Mulvey, P. Cot Death Survey
Anaphylaxis And the House Dust Mite
Med.J. Aust. 1973, III, (1240-1244)
- Mussen, P.
Conger, J.
Kagan, J. Lehrbuch der Kinderpsychologie
Klett, Stuttgart 1976
- Münchener Perinatal-Studie 1975
Deutscher-Ärzte-Verlag, Köln-Löwenich 1977
- Naeye, R. Ursachen des plötzlichen Kindstodes
Spektrum der Wissenschaft, 1980, (111-116)
- Naeye, R. Sudden Infant Death Syndrome
A Prospective Study
Am.J.Dis.Childh. 130, 1976, (1207-1210)
- Pache, H.-D.
Förster, C.
Butenandt, I.
Döhlemann, C.
Schöber, J.
Wilske, J. Die chronische zentrale alveoläre Hypoventilation
(Undine-Syndrom)
Münchn.Med. Wochenschr. 120, 1978, (1049)
- Papousek, H. Entwicklung der Lernfähigkeit im Säuglingsalter
Skript zum Internationalen Symposium über Lernen,
Lernstörungen und ihre Behandlung, Athen 1976
- Parke, R.
Candace
Whitmer
Collmer Child Abuse: An Interdisciplinary Analysis
The University of Chicago Press, 1975
- Pechstein, J.
Siebenmorgen, E.
Weitsch, D. Verlorene Kinder ?
Kösel, München 1972
- Peterson, D.
Belle, G.
Chinn, N. Sudden unexpected Death in Infants
An Epidemiologic Study
Am. J. Epidemiol. 84, 1966, (478-482)
- Peterson, D.
Belle, G.
Chinn, N. Postnatal Growth and the Sudden Infant Death
Syndrome
Am.J.Epidemiol. 99, 1973, (389-392)

- Petersen, D.
Belle, G.
Chinn, N. Epidemiologic Comparisons of the Sudden
Infant Death with other major components of
Infant Mortality
Am.J.Epidemiol. 110, 6, 1979, (699-706)
- Petri, H. Soziale Schicht und psychische Erkrankung
im Kindes- und Jugendalter
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1979
- Pindes, M. Trotz alledem ...
Die Psychologie der " unverwundbaren " Kinder
Psychologie Heute, 1979, (55-61)
- Protestas, C.
Mc Weeny, P.
Carpenter, P.
Emera, J. Obstetric and perinatal histories of children
died unexpectedly
Arch.Dis.Childh. 48, 1973, (835-841)
- Pschyrenbel, W. Klinisches Wörterbuch
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1968
- Reinicke, P. Soziale Hilfen für schwangere Frauen und ihre
Familien.In: Koschorke Schwangerschaftskonflikt-
beratung.
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1978
- Richter, C.P. On the phenomenon of Sudden death in animals
and men
Psychosomatic Medicine 19, 1957, (191-198)
- Richter, H.E. Eltern, Kind und Neurose
Rowohlt, Hamburg 1967)²
- Richter, H.E. Patient Familie
Rowohlt, Hamburg 1972
- Richter, H.E.
Strotzka, H.
Willi, J. Familie und seelische Krankheit
Rowohlt, Hamburg 1976
- Richter, H.J. Strategie schriftlicher Massenerhebungen
Bad Harzburg 1970
- Riegel, K. Plötzlicher Kindstod
Manuskript auf Anforderung von Fortschr.Medizin 1980
- Riehl, A. Wenn Mütter ihre Kinder töten
Psychologie Heute, 1978, (21-25)

- Rottmann, C. Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung
In: Graber, G. Pränatale Psychologie
Kindler, München 1974
- Rutter, M. Bindung und Trennung in der frühen Kindheit
Juventa, München 1978
- Sadger, J. Ein Beitrag zum Problem des Selbstmords
Zeitschr. f. psychoanal. Pädagogik
11, 1929, (423-426)
- Schaffer, R. Mütterliche Fürsorge in den ersten Lebensjahren
Klett-Cotta, Stuttgart 1978
- Schmalohr, E. Frühe Mutterentbehnung bei Mensch und Tier
Kindler, München 1975)²
- Schmidt, E. Säuglingssterblichkeit 1973
Guthoff, W. Urban/Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1974
Münterfering, H.
- Schraml, W. Klinische Psychologie II
Huber, Bern 1976
- Schulte, F.J. Apnea
Clin.Perinat. 4, 1977, (65)
- Schulte, F.J.
Stennert, E.
Wulbrand, H.
Eichhorn, W.
Lenard, H.G. The ontogeny of sensory perception in preterm infants
Eur.J. Pediatr. 126, 1977, (211)
- Seligman, M. Erlernte Hilflosigkeit
Urban/Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979
- Severinghaus, J.W.
Mitchell, R.A. Ondine's Curse - failure of respiratory centre automaticity while awake
Clin.Res. 10, 1962, (122)
- Shepherd
Oppenheim
Mitchell Auffälliges Verhalten bei Kindern
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1973
- Simms, M. Nichtärztliche Beratung in Schwangerschaftskonflikten
In: Koschorke Schwangerschaftskonfliktberatung
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1978

- Spann, W. Der plötzliche Tod aus natürlicher Ursache im Säuglings- und Kleinkindesalter
Münchn.Med. Wochenschr. 21, 1959, (929-933)
- Speck, O. Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder
Reinhardt, München 1974
- Spitz, R. Die Entstehung der ersten Objektbeziehung
Klett, Stuttgart 1973)⁵
- Spitz, R. Vom Säugling zum Kleinkind
Klett, Stuttgart 1976)⁵
- Spitz, R. Vom Dialog
Klett, Stuttgart 1976
- Spoerri, Th. Kompendium der Psychiatrie
Karger, Basel 1975)
- Stauber, M. Psychosomatische Aspekte in der Geburtshilfe
Deutsches Ärzteblatt 12, 1979, (797-802)
- Städeli, H. Die chronische Depression
Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1978
- Steinschneider, A. Prolonged apnea and the sudden infant death Syndrome
Clinical and laboratory observations
Pediatrics 50, 1972, (646)
- Steinschneider, A. The concept of sleep apnea as related to SIDS.
In: Robinson (Ed): SIDS. Toronto: The Canad. Found. for the Study of Infant Deaths, 1974 (177)
- Sypher, F. Crib Death
Rosedale Medical Centre, Toronto, Canada
- Stern, D. Mutter und Kind
Die erste Beziehung
Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- Stern, E. Lebenskonflikte als Krankheitsursachen
Kindler, München 1968
- Stierlin, H. Das erste Familiengespräch
Klett-Cotta, Stuttgart 1977

- Stierlin, H. Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen
Suhrkamp, Frankfurt 1978)²
- Stumpfe, K. Der psychogene Tod
Hippokrates, Stuttgart 1973
- Vester, F. Phänomen Stress
Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart 1976
- Vogt, R. Zur Methodik und Technik psychologischer Beratung
in Schwangerschaftskonflikten. In: Koschorke
Schwangerschaftskonfliktberatung
Vandenhoeck/Ruprecht, Göttingen 1978
- Wenderlein, J. Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie
Deutsches Ärzteblatt 3, 1979, (153-156)
- Willi, J. Die Zweierbeziehung
Rowohlt, Hamburg 1975
- Winnicott, D. Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse
Kindler, München 1976
- Winnicott, D. Familie und individuelle Entwicklung
Kindler, München 1978
- Zachau-
Christiansen Development during the First Year of Life
Helsingør 1972
- Zimmer, K. Der sanfte Weg ins Leben
Zeit-Magazin, 1979
- Zimmermann, E. Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit in
Bayern 1976, Bayer. Statistisches Landesamt
- Zimmermann, E. Säuglings- und Müttersterblichkeit 1977
Bayern in Zahlen, Monatshefte d. Bayer. Statisti-
schen Landesamtes 12, 1978
- Zwingmann, Ch. Selbstvernichtung
Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1965

A n h a n g

- 1) Interviewfragen
- 2) Kontaktaufnahme mit der Untersuchungsgruppe
und der Kontrollgruppe
- 3) Informationsblatt zum plötzlichen Kindstod
- 4) Auswertungsbogen 1978
- 5) Aufnahme der Daten 1979
- 6) Auswertungsbogen 1979
- 7) Transformation der Daten für die Diskriminanz- und
Clusteranalyse
- 8) Analyse der fehlenden Werte
- 9) Klassifikationsfunktionen der Diskriminanzanalyse
- 10) Korrelationsmatrix der Clusteranalyse

I N T E R V I E W F R A G E N

I. Soziale Situation

1. Wie alt waren Sie bei der Geburt des Kindes?

2. Sind Sie verheiratet?

Wann haben Sie geheiratet?

3. Sind Sie mit Ihrer Wohnung zufrieden?
(Größe, Beschaffenheit)

4. Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Berufstätigkeit:

II. Zur Schwangerschaft

1. Wieviele Schwangerschaften hatten Sie? (jeweils Alter der Mutter)
2. Wieviele Kinder (normal entwickelt, Schwang., Frühgeburt)
3. Wie groß ist der Abstand zwischen den Kindern?
4. Waren die Kinder geplant? (zu welchem Zeitpunkt? Wer?)
5. Welche Erwartungen hatten Sie? Stimmten Erwartungen mit den Erlebnissen überein?
6. Hatten Sie Krankheiten und Komplikationen während der Schwangerschaft? (Relevantes Risiko? Welches? Harnwegsinfektionen, Wehen, Gebärmutter, Blutungen, Komplikationen bei früheren Entbindungen, Hydramion, Fruchtwasserbildung)
7. Gab es wichtige Erlebnisse?
8. Inwiefern mußten Sie auf bestimmte Dinge verzichten? (Beruf, Hobby, Kontakte). Fiel Ihnen das schwer?
9. Waren Sie berufstätig? Wie lange? (Berufliche Intentionen) War es schwer, auf den Beruf zu verzichten?
10. Wie hat sich ihr Mann während der Schwangerschaft verhalten? (Hat er im Haushalt geholfen? Hat er auf Sport, Hobbies usw. manchmal verzichtet?)
11. In welchem Abstand sind Sie zur Vorsorgeuntersuchung gegangen? Ab wann? Regelmäßig?
12. Wie haben Sie sich auf die Geburt vorbereitet?
13. Wie haben Sie sich auf das Kind vorbereitet (Zimmer, Wäsche, Pflege)?
14. Blutgruppe der Mutter, Blutgruppe des Kindes

III. Geburt:

15. Kam das Kind zu früh, rechtzeitig, zu spät? (Terminklarheit)
16. Wie verlief die Geburt? (Komplikationen, Austreibungsperiode, Geburtsdauer, Kindslage)
17. War Ihr Mann dabei?
18. An welche Daten Ihres Kindes können Sie sich erinnern?
19. Stillten Sie Ihr Kind? Bekamen Sie Anleitungen dazu? (Wie lange?)
20. Wie oft bekamen Sie Ihr Kind in der Klinik? Wie lange durften Sie es behalten? (Rooming-in)
21. Bekamen Sie Hinweise zur Pflege des Kindes? Von wem?
22. Wie war die Entlassung aus der Klinik?

IV. Entwicklung des Säuglings:

23. Wie entwickelte sich das Kind?
24. In welchem Abstand wurde es von einem Kinderarzt untersucht?
25. Wo schlief es?
26. Welche Nahrung erhielt Ihr Kind?
27. Schildern Sie mir einen Tagesablauf mit dem Kind! (füttern, wickeln, baden)
28. Könnten Sie mir die Fütterungssituation genau schildern? Zeit, Platz, Dauer, was geschieht vor und nach dem Füttern?
29. Halten Sie es für wichtig, daß man Kinder schreien läßt? Wie lange lassen Sie Ihr Kind schreien?
30. Wie lange schläft Ihr Kind in der Zeit von 6.00 bis 18.00 Uhr?
31. Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis erinnern, wo es Ihrem Kind besonders gut ging?
32. Wohin wandten Sie sich bei Schwierigkeiten mit dem Kind?
33. Wieviele Personen pflegten das Kind?
34. Ab wann waren Sie wieder berufstätig?
35. Wie oft fanden Trennungen vom Kind statt? Wie lange? (Reisen, Krankheit)
36. Wie oft war ihr Kind krank? (Erkältungen, Schnupfen, Fieber). Bei Krankenhausaufenthalten: Wie oft war Besuch möglich? Wie war die Vorbereitung auf die Entlassung?
37. Half Ihr Mann bei der Pflege des Kindes?
38. Was macht ihr Mann, wenn er von der Arbeit kommt? Schildern Sie mir bitte kurz, wie die erste Stunde zuhause abläuft?
39. Wie unterschied sich dieses Kind von anderen?
40. Was ist anders geworden (Wohnung, Beruf, Familienverhältnisse, Beziehung zum Mann)
41. Was konnte ihr Kind mit 1, 2, 3, ... Monaten? Wann konnte es lächeln (Aufzeichnungen)?
42. Wie oft wurde Ihr Kind in den letzten 3 Wochen vom Arzt besucht? Arzneien?

V. Zum Tod des Säuglings:

43. Was hat sich vor dem Tod des Säuglings verändert?
 - 1 Monat vorher: In der Umgebung, Wetter, persönliche Probleme, gesundheitliche Beschwerden, Infektionserkrankungen in der Familie
 - Unmittelbar vorher: Zeigte der Säugling irgendwelche Veränderungen? (Brechen, Schwitzen, Husten, Infektionen, Schlaf, Appetit, Unruhe)

44. Wann wurde er zuletzt von einem Arzt untersucht?
45. Haben Sie eine Erklärung für das plötzliche Sterben Ihres Kindes? Erhielten Sie Informationen? Welche? Kontakte mit Ärzten? Woran haben Sie sich gestoßen?
46. Wie hat Ihre Umgebung auf den Tod Ihres Kindes reagiert: (Polizei, Arzt, Nachbarn, Verwandte, mußten Sie Verdächtigungen hinnehmen?)

VI . Zur Situation der Eltern:

47. Was kann man tun, um den Eltern zu helfen? Information? Gruppe?

Zum Informationblatt:

1. Enthalten die Informationen Ihre Gedanken über das Problem?
2. Hat Sie etwas verletzt oder gestört?
3. Können Sie den Informationen zustimmen?
4. Hat Ihnen das Informationsblatt geholfen?
5. Sind wichtige Punkte vergessen worden!

Sehr verehrte Frau

Jährlich sterben in Deutschland zwischen 2.000 und 4.000 Kinder, d. h. jeden Tag ungefähr zehn Kinder, am plötzlichen Kindstod.

Es handelt sich hier um ein weltweites Problem; Ärzte und Eltern können sich das plötzliche Sterben der Kinder nicht erklären.

Da man über die Ursache des plötzlichen Kindstodes erst wenig weiß, haben sich die Kinderärzte der Stadt München zu einer weiteren Untersuchung entschlossen.

Sie sind dabei auf die Mitarbeit der betroffenen Eltern angewiesen. Deshalb möchten wir Sie um Ihre Hilfe bitten.

Durch ein Gespräch mit Ihnen könnten wir vielleicht einige Fragen beantworten, und mehr tun, um den Tod von Babies wie Ihres, zu verhindern.

Der Inhalt dieses Gespräches fällt selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht. Wir sichern Ihnen zu, daß die Auswertung ohne Namensnennung erfolgt.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir bald auf der beigefügten Karte mitteilen würde, wann Ihnen der Zeitpunkt zu einem Gespräch am gelegendsten ist.

Mit freundlichen Grüßen

**INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN**

Direktor: Prof. Dr. med. W. Spann

MÜNCHEN, den
Frauenlobstraße 7a
Telefon 267031/32

Postanschrift:
Postfach 151023
8000 München 15

Institut für Rechtsmedizin · Postfach 151023 · 8000 München 15

Liebe Frau

Ich arbeite seit 3 Jahren an einer Untersuchung
über den plötzlichen Kindstod.

Durch Gespräche mit betroffenen Müttern,
versuche ich die Schwangerschaft, Geburt und
die Entwicklung der verstorbenen Kinder zu er-
fassen.

Die Auswertung der Gespräche erfolgt ohne Namens-
nennung und dient nur der medizinischen Forschung.

Nur durch die Mitarbeit aller betroffenen Mütter
kann man in Zukunft mehr tun, um den Tod von Baby's,
wie Sie es erleben mußten, zu verhindern.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mit mir sprechen
würden.

Schreiben Sie mir bitte, wann und wo wir uns treffen
könnten oder rufen Sie mich bitte zwischen 18 und
20 Uhr an. (Tel. 089/ 7912734)

Mit herzlichen Grüßen

Christa Schmidt
Melchiorstr. 30
8000 München 71

- 279 -

25.4.1980

Sehr geehrte Mutter,

wir beschäftigen uns seit einiger Zeit mit der Frage, wie man, ganz allgemein, die Betreuung von Mutter und Kind verbessern könnte, die vorhandenen Möglichkeiten besser nutzen kann.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich an diesem Vorhaben beteiligen könnten - genau, wenn Sie meine Mitarbeiterin, Frau Schmidt, für ein einstündiges Gespräch aufsuchen dürfte.

Selbstverständlich werden alle Informationen streng vertraulich behandelt; die Auswertung der Ergebnisse erfolgt ohne Namensnennung.

Falls Sie einverstanden sind, teilen Sie uns bitte auf dem beigelegten Blatt Zeit, Ihre Telefon-Nummer und Adresse mit.

Mit freundlichen Grüßen

Prof.Dr.K.Riegel

Ich bin mit der einstündigen Befragung einverstanden.

Frau Schmidt kann mich besuchen

am (Datum)

um (Uhrzeit)

Meine Telefon-Nummer:

Name:

Adresse: (Straße), München

INFORMATIONSBLETT ZUM PLÖTZLICHEN KINDSTOD

Der plötzliche und unerwartete Tod eines Säuglings ist eines der erschütterndsten Ereignisse, die eine Familie treffen kann.

Mit diesem Informationsblatt möchten wir versuchen, einige Ihrer Fragen zu beantworten und Ihnen helfen, den Tod Ihres Kindes besser zu verstehen.

1) Einige grundlegende Informationen zum plötzlichen Kindstod:

- jährlich sterben in Deutschland zwischen zweitausend und viertausend Säuglinge (das heißt jeden Tag ungefähr zehn) am plötzlichen Kindstod;
- der plötzliche Kindstod ist die zweithäufigste Todesursache bei Säuglingen, die älter als eine Woche und jünger als zwei Jahre sind;
- mehr als die Hälfte aller plötzlichen Kindstodfälle ereignen sich in den ersten sechs Lebensmonaten;
- der plötzliche Kindstod tritt bei gesunden oder leicht erkälteten Säuglingen auf;
- der plötzliche Kindstod kann weder von Eltern noch vom Arzt vorhergesehen werden - deshalb gibt es überhaupt keinen Grund, sich wegen etwaiger Versäumnisse Vorwürfe zu machen.
- die eigentlichen Ursachen des plötzlichen Kindstodes sind noch unbekannt, aber wahrscheinlich treffen mehrere Faktoren bei einem bestimmten Säugling gleichzeitig zusammen;
- er tritt rasch und schmerzlos ein; der Säugling muß dabei nicht leiden.

Informationsblatt zum plötzlichen Kindstod - Seite 2

- der plötzliche Kindstod ist nicht ansteckend;
- der plötzliche Kindstod ist nicht familiär bedingt oder vererblich; das Risiko, daß das nächstgeborene Kind daran stirbt, ist nicht größer als in der Gesamtbevölkerung;
- der plötzliche Kindstod ist nicht zu verwechseln mit dem Erstickungstod.

2) Einige Fragen, die Eltern häufig stellen:

Was ist der plötzliche Kindstod?

Der plötzliche Tod eines Säuglings, der völlig unerwartet eintritt und dessen genaue Todesursache nicht erkennbar ist. Ein typischer Fall könnte folgendermaßen verlaufen: Ein offenbar gesunder Säugling wird von den Eltern, ohne den leisesten Verdacht, daß irgendetwas außergewöhnlich ist, in die Wiege, Tragtasche oder Kinderwagen gelegt. Einige Stunden später, gewöhnlich morgens, wird das Kind tot aufgefunden.

Da keine Anzeichen eines Todeskampfes zu hören waren, trifft der Tod auch gewissenhafte Eltern völlig unerwartet.

Pathologische Untersuchungen weisen auf nichts außergewöhnliches hin: Leichte Entzündungen werden festgestellt, die Todesursache kann aber nicht eindeutig geklärt werden.

War es meine Schuld?

Schuldgefühle beim Tod eines Kindes sind eine ganz natürliche Reaktion. Um Selbstvorwürfe, gegenseitige Anschuldigungen der Eltern und Vorwürfe gegen Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen zu vermeiden, soll hier grundsätzlich betont werden:

Der plötzliche Kindstod kann
beim heutigen Stand der Wissen-
schaft von niemandem vorhergesagt
oder verhindert werden!

Informationsblatt zum plötzlichen Kindstod - Seite 3

Er kann beim bestgepflegten Kind sorgsamer Eltern eintreffen. Es ist verständlich, daß Sie Ihre Gedanken von diesem tragischen Ereignis nicht lösen können, aber Gründe zu Selbstvorwürfen sind wirklich in keinem Fall vorhanden.

Ist mein Säugling erstickt?

Theorien, die die Ursache des plötzlichen Kindstod auf Erstickung zurückführen, sind falsch. Es hat sich gezeigt, daß ein Säugling sein Gesicht so weit von Bettdecke und Kissen befreien kann, daß er nicht erstickt. Auch die Einatmung von Erbrochenem ist nicht als Ursache des plötzlichen Kindstodes anzusehen. Verfärbungen des Gesichts oder Blutspuren haben auch nichts mit der Todesursache zu tun, sondern sind Folgen des Todes.

Kann der plötzliche Kindstod verhindert werden?

Beim jetzigen Stand der Wissenschaft sind die Ursachen des plötzlichen Kindstodes unbekannt und deshalb können keine definitiven Schritte unternommen werden, um den plötzlichen Kindstod zu verhindern.

Mußte mein Säugling leiden?

Der plötzliche Kindstod tritt innerhalb von Sekunden ein. Meistens schreien die Kinder nicht und schlafen. Wenn sie nicht schlafen werden sie bewußtlos. Gewöhnlich wirken die Säuglinge ganz friedlich, wenn sie gefunden werden. Deshalb kann mit Sicherheit gesagt werden, daß der plötzliche Kindstod weder Schmerzen noch Leiden beim Säugling verursacht.

Muß ich Angst um das nächste Kind haben?

Nein, für das zukünftige Kind besteht kein größeres Risiko als für jeden anderen Säugling. Sie brauchen keine Angst zu haben, daß es wieder passiert.

Nichts spricht gegen ein weiteres Kind, wenn Sie eines wünschen.

Was weiß man über die Ursachen des plötzlichen Kindstods?

Wie bei vielen Krankheiten, deren Ursachen nicht bekannt sind, gibt es viele Theorien.

Versucht man die Theorien vereinfachend zusammenzufassen, könnte man sich eine Kette von Faktoren vorstellen, die zum plötzlichen Kindstod führen, wie z.B. unterschwellige Infektionskrankheiten ("Grippe"), noch unvollkommene Infektionsabwehr, altersbedingte labile zentralnervöse Steuerungsmechanismen der Atmung und des Kreislaufs und noch anderes mehr.

3) Trauerreaktionen der Eltern

Der Tod eines Kindes bedeutet immer eine Belastung für die ganze Familie. Jedes Familienmitglied trauert um den Verlust des Kindes, das ist natürlich.

Jeder Mensch drückt seine Trauer anders aus. Männer z.B. zeigen ihre Trauer oft weniger als Frauen und suchen oft Zuflucht in Arbeit oder andere Abwechslung. Häufige Trauerreaktionen sind u.a.: Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Unruhe, Konzentrationsstörung, depressive Symptome, Kopfschmerzen, Magenschmerzen und Herzbeschwerden.

Viele Eltern haben Angst davor, daß die intensiven Trauerreaktionen anhalten und sie ihren Pflichten nicht mehr nachkommen können. Die Eltern müssen sich klarmachen, daß diese Reaktionen normal sind und mit der Zeit nachlassen.

Vielen Eltern hilft es, mit Verwandten, Freunden, Ärzten und Pfarrern zu sprechen und ihre Gefühle auszudrücken. Obwohl es anfangs unmöglich erscheint, läßt der Schmerz nach und das Leben geht weiter.

Große Hilfe bedeutet oft die Aussprache mit Eltern, die einen ähnlichen Verlust erlitten haben. Ihnen wird man eher glauben, daß die Dinge nicht immer so wie heute ausschauen und daß die Zeit selbst diesen tiefen Schmerz lindern kann.

Die Situation wird allerdings schwieriger, wenn Freunde und Verwandte, die helfen wollen, nichts über den plötzlichen Kindstod wissen und falsche Behauptungen aufstellen.

Wenn Leute gedankenlose Bemerkungen machen oder falsche Theorien verbreiten, zeigen Sie ihnen bitte unbedingt dieses Informationsblatt.

Weitere Kinder der Familie brauchen jetzt besonderes Verständnis und Zuneigung der Eltern; ältere Geschwister haben jetzt vielleicht Angst, die sie nicht ausdrücken können. Sie fühlen sich oft schuldig für den Tod des Säuglings. Sie fürchten oft, daß ihre eigenen Gedanken den Tod verursacht haben könnten. Einem älteren Kind sollte man so viel wie es verstehen kann über den plötzlichen Kindstod sagen. Es sollte auch spüren, daß es seine Gedanken oder Gefühle über den Tod von Bruder oder Schwester ausdrücken darf, daß es nicht für den Tod verantwortlich ist und auch selbst nicht so sterben wird. Jüngere Geschwister empfinden die Ängste und Nöte der Älteren mit.

Verständlich aber nicht richtig wäre es, die übrigen oder zukünftigen Kinder übermäßig zu behüten. Versuchen Sie, sich Ihren Kindern gegenüber wie bisher liebevoll aber ohne übertriebene Ängstlichkeit zu verhalten.

Wenn ihr nächstes Kind geboren ist, erinnern Sie sich daran, daß es niemals das Verstorbene ersetzen kann. Helfen Sie ihm, seine eigene Persönlichkeit zu entwickeln.

PLÖTZLICHER KINDSTOD

(AUSWERTUNGSBOGEN 1978)

1. Laufende Nummer			1 - 3
2. Untersuchungsgruppe	p.K. 78	1	
	p.K. 79	2	
	KG 78	3	
	KG 79	4	4
3. Geschlecht	männlich	1	
	weiblich	2	5
4. Geburtsdatum			6 - 11
5. Todestag/Interviewtag			12 - 17
Wochentag	Montag	1	
	Dienstag	2	
	Mittwoch	3	
	Donnerstag	4	
	Freitag	5	
	Samstag	6	
	Sonntag	7	18
6. Alter der Mutter bei Geburt (wenn unbekannt 50)			19 - 20
7. Geburtsrang (wenn unbekannt 9)			21
8. Zahl der Schwangerschaften (wenn unbekannt 9)			22
9. Abstand zum vorherigen Kind:	unter 1 J.	1	23
	unter 2 J.	2	
	2 J. - 5 J.	3	
	größer als 5 J.	4	
	unbekannt	5	
10. Familienstand: (unbekannt 6)	unverheiratet	1	27
	geheiratet vor der Empfängnis	2	
	geheiratet während d. Schwangerschaft	3	
	geheiratet nach der Geburt	4	
	geschieden	5	

11. Soziale Stellung	I.	1	25
	II.	2	
	III.	3	
	unbekannt	4	
12. Wohnverhältnisse	- Stadt	1	26
	Kleinstadt	2	
	Land	3	
	unbekannt	4	
	- Haus	1	27
	Wohnung	2	
	unbekannt	3	
	- beengt	1	28
	nicht beengt	2	
	unbekannt	3	
	- laut	1	29
	unauffällig	2	
	unbekannt	3	
	- schmutzig	1	30
	unauffällig	2	
	unbekannt	3	
	- ungünstige Unterbringung des Kindes	1	31
	günstige Unterbringung des Kindes	2	
	unbekannt	3	
13. Belastungsfaktoren der Mutter:			
	- finanzielle Probleme	1	32
	keine finanziellen Probleme	2	
	unbekannt	3	
	- nicht berufstätig vor Entbindung	1	33
	halbtags bis zur Entbindung	2	
	ganztags bis zur Entbindung	3	
	unbekannt	4	
	- nach Entbindung nicht berufstätig	1	34
	halbtags	2	
	ganztags	3	
	unbekannt	4	
	- Umzüge ab Schwangerschaft		
	keiner	1	35
	1	2	
	2	3	

mehr		
unbekannt	5	
- Beziehung zum Partner		
belastet	1	36
normal	2	
sehr gut	3	
ohne Partner	4	
unbekannt	5	
- Beziehung zu anderen Kindern		37
unauffällig	1	
belastet	2	
keine weiteren Kinder	3	
unbekannt	4	
- sonstige Belastungen:		38
keine	1	
ja	2	
unbekannt	3	
15. Merkmale der Mutter:		39
stabil	1	
labil	2	
unauffällig	3	
unbekannt	4	
- nicht depressiv	1	40
depressiv	2	
unbekannt	3	
- somatische und psychosomatische Defekte	1	41
gesund	2	
unbekannt	3	
16. Familie der Mutter		42
ehelich	1	
unehelich	2	
unbekannt	3	
- Ablehnung	1	43
akzeptiert	2	
weder noch	3	
unbekannt	4	

- zu enge Symbiose m.d.Mutter	1	44
geglückte Loslösung v.d.Mutter (Individuation)	2	
unbekannt	3	
- abrupte konfliktbeladene Trennung v.Elternhaus	1	45
geglückte Lösung	2	
unbekannt	3	
- große Belastungen im Elternhaus (Alkoholismus, Mißhandlungen)	1	46
keine großen Belastungen	2	
unbekannt	3	

17. Schwangerschaften

- geplant	1	47
ungeplant	2	
unbekannt	3	
- erwünscht	1	48
unerwünscht	2	
unbekannt	3	
- belastend empfundener Zustand	1	49
unauffällig	2	
unbekannt		
- Schwangerschaftsbeschwerden	1	50
ohne Beschwerden	2	
unbekannt	3	
- Risikoschwangerschaft	1	51
ohne Risiko	2	
unbekannt	3	

18. Geburtstermin

- mehr als 3 Wochen zu früh	1	52
- termingerecht	2	
- 1 Woche oder länger übertragen	3	
- unbekannt	4	

19. Geburtsgewicht (wenn unbekannt 9000)



53 - 56

20. Apgarwerte: (wenn unbekannt: 11,11,11)



57 - 58

21. Geburtskomplikationen:

ja	1	63
nein	2	
unbekannt	3	

22. Möglichkeit zum Kontakt zwischen Mutter und Kind die 1. Woche nach der Geburt:

wenig Kontakt	1	64
rooming in oder viel Kontakt	2	
unauffällig	3	
unbekannt	4	

23. Möglichkeiten zum Kontakt zwischen Mutter und Kind während des 1. Monats:

wenig	1	65
viel	2	
unauffällig	3	
unbekannt	4	

24. Merkmale des Kindes:

Gesamtverhalten:		66
unauffällig	1	
sehr ruhig	2	
sehr lebhaft	3	
unbekannt	4	

EBverhalten:		67
unauffällig	1	
problematisch	2	
unbekannt	3	

Schlafverhalten:		68
unauffällig	1	
schläft sehr viel	2	
schläft sehr wenig	3	
unbekannt	4	

Anzahl der Stunden von 6 bis 18 Uhr (wenn unbekannt 20)		69 - 70
--	---	---------

somatische Symptome		71
ja	1	
nein	2	
unbekannt	3	

Allergien			72
	ja	1	
	nein	2	
	unbekannt	3	
25. Mutter-Kind-Beziehung			73
	Betreuung des Kindes von der Mutter	1	
	Betreuung des Kindes von anderen Personen	2	
	wechselnd	3	
	Heimunterbringung	4	
	unbekannt	5	
	Einfühlung der Mutter:		74
	unauffällig	1	
	sehr einfühlsam	2	
	wenig einfühlsam	3	
	unbekannt	4	
	nicht gestillt	1	75
	1 Woche oder länger gestillt	2 - 9	
	unbekannt	9	
	gefüttert nach Plan	1	76
	gefüttert nach Bedarf	2	
	wechselnd	3	
	unbekannt	4	
	Stimulation		77
	unauffällig	1	
	Oberstimulation	2	
	Unterstimulation	3	
	unbekannt	4	
	Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen oder bei Krankheiten		78
	unauffällig	1	
	mangelhaft	2	
	gut	3	
	unbekannt	4	
	Trennungen im 1. L.J.		79
	ja	1	
	keine	2	
	unbekannt	3	
	Anzahl der Tage		80 - 81
	(unbekannt 99)		

23. Drei Wochen vor dem Tod:

symptomfrei	1	82
Symptome u.	2	
unbekannt	3	
besondere Ereignisse	1	83
keine besonderen Ereignisse	2	

Trennung von der Mutter vor dem Tod:

ja	1	84
nein	2	
unbekannt	3	

Bauchlage	1	85
Rückenlage	2	
seitliche Lage	3	
unbekannt	4	

überdeckt	1	86
nicht überdeckt	2	
unbekannt	3	

Interview am :
Name: geb.
.....

A: Soziodemografische Daten:

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

1) Alter der Mutter bei Geburt:

2) Weitere Schwangerschaften:

Weitere Kinder :

geb. am geb. am geb. am geb. am

3) Familienstand:

verheiratet unverheiratet geschieden verwitwet

1. Ehe

2. Ehe

4) Soziale Stellung:

I. II. III.

Begründung:

.....

.....

.....

.....

5) Wohnverhältnisse:

Größe:

Ungünstige Wohnverhältnisse:

.....

.....

6) Unterbringung des Kindes:

.....

B: Anamnese der Mutter:

7. finanzielle Probleme:
8. Berufstätigkeit:
9. Umzüge:
10. Beziehung zum Partner:
11. Beziehung zu anderen Kindern:
- Schwierigkeiten:
12. Sonstige Belastungen:
13. somatische und psychosomatische Defekte:
14. Elternhaus:
- Familienstand:
- gestorben:
- Beschreibung der Kindheit:
- Ablehnung / akzeptiert:
- Belastungen:

C: Schwangerschaftsbedingungen:

15. Einstellung:
16. Vorbereitung auf Geburt und Kind:
17. Belastungen:
.....
.....
.....
18. Krankheiten:
.....
19. Vorsorgeuntersuchung:

D: Bedingungen während und nach der Geburt:

20. Geburtstermin: Geburtsgewicht: Apgarwerte:
21. Komplikationen:
.....
22. Möglichkeiten zum Kontakt zwischen Mutter und Kind während der ersten 3 Wochen:
.....
.....
.....

E: Entwicklung des Kindes:

23. Merkmale des Kindes:
.....
24. Mutter-Kind-Beziehung
.....
.....
.....
- Einfühlung der Mutter:
- Einstellung auf das Kind:
- Fütterungstechnik:
- Stimulation:
- Trennungen:

F: Stressoren

25. Stressoren für den Säugling:
26. Wie reagiert er darauf?.....
27. Wie verhält sich die Familie:
.....

G: Symptome und Ereignisse vor dem Tod:

-
.....

Zukunftspläne:

-
.....

PLÖTZLICHER KINDSTOD

(AUSWERTUNGSBOGEN 1979)

1. Kartennummer		1
		2
2. laufende Nummer		
3.	n. Untersuchungsgruppe	p.K. 78 1
		p.K. 79 2
		KG 78 3
		KG 79 4
4. Datenerhebung:		
- Interviewtag		
- Interview mit Mutter allein		1
" " " + anderen Familienmitgliedern		2
" " " + anderen		3
" mit anderen Familienmitgliedern		4
" mit anderen		5
kein Interview		6
- Akteninformation: (Gesundheitsamt)		
	ja	1
	nein	2
- Akteninformation: (Gericht)		
	ja	1
	nein	2
5. Geschlecht	männlich	1
	weiblich	2
6. Geburtsdatum		
7. Todestag		
Wochentag des Todes	Montag	1
	Dienstag	2
	Mittwoch	3
	Donnerstag	4
	Freitag	5
	Samstag	6
	Sonntag/Feiertag	7
	Tag vor Feiertag	8
8. Alter der Mutter bei Geburt		
9. Geburtsrang des verstorbenen Kindes:		

10. Abstand zum vorherigen Kind:

unter 1 J. 1
Zahl der Jahre

11. Zahl der Schwangerschaften

12. Zahl der Geburten

13. Familienstand der Mutter:

unverheiratet 1
geheiratet vor der Empfängnis 2
geheiratet während der Schwangerschaft 3
geheiratet nach der Geburt 4
geschieden vor der Empfängnis 5
geschieden während der Schwangerschaft 6
geschieden nach der Geburt 7
2. Ehe 8
Ehedauer in Jahren bis zur Geburt

14. Soziale Stellung

I. 1
II. 2
III. 3

15. Nationalität:

Mutter Deutsch 1
Ausl. 2
Vater Deutsch 1
Ausl. 2

16. Wohnverhältnisse

- Stadt 1
Kleinstadt 2
Land 3
Großstadtumgebung 4
- Haus 1
Wohnung 2
1 Zi.App. 3
- beengt 1
nicht beengt 2
- laut 1
unauffällig 2
- - schmutzig 1
unauffällig 2
- ungünstige Unterbringung des Kindes beim Schlafen 1
günstige Unterbringung des Kindes beim Schlafen 2
- räumlicher Kontakt zwischen Mutter und Kind
günstig 1
ungünstig 2
unauffällig 3

- Möglichkeiten der sozialen Kontaktaufnahme	1
positiv	
negativ	2
unauffällig	3
- Mitbewohner (ausgenommen Kindsvater)	
Eltern	1
Schwiegereltern	2
andere Personen	3
keine	4

17. Mutter:

- Finanzen:	
große finanz.Probleme (Sozialhilfeempf.)	1
finanz. Probleme	2
keine finanz. Probleme	3
- nicht berufstätig vor Entbindung	1
halbtags bis zur Entbindung	2
ganztags bis zur Entbindung	3
- nach Entbindung nicht berufstätig	1
halbtags	2
ganztags	3
- Umzüge ab Schwangerschaft	
keiner	1
Zahl der Umzüge	1
- Beziehung zum Partner	
belastet	1
unauffällig	2
sehr gut	3
ohne Partner	4
- Beziehung zu anderen Kindern	
unauffällig	1
belastet	2
keine weiteren Kinder	3
- sonstige Belastungen:	
keine	1
ja	2
- Berufsausbildung:	
ohne Berufsausbildung	1
durchschnittl. "	2
Akademiker	3

- stabil	1
labil	-
unauffällig	3
- depressive Grundstimmung	1
unauffällig	2
- depressive Symptome während Schwangersch.+ nach Geb.	1
" " während Schwangerschaft	2
" " nach d. Geburt	3
unauffällig	4
- äußeres Erscheinungsbild:	
gepflegt	1
ungepflegt	2
unauffällig	3
- Gewicht:	
Normalgewicht	1
Übergewicht	2
Untergewicht	3
- Sucht (Kettenraucher, Trinker, Drogen)	
ja	1
nein	2
- Kompetenz in soz. Situationen	1
Hilflosigkeit	2

18. Familie der Mutter:

-	ehelich	1
	unehelich	2
-	bei Eltern aufgewachsen	1
	bei Verwandten od. Adoptiveltern aufgew.	2
	im Heim aufgewachsen	3
- vollständige Familie bis 14. Lebensjahr		1
	broken home	2
-	Ablehnung	1
	akzeptiert	2
	weder noch	3
-	belastete Mutter-Kind-Beziehung	1
	gute " " "	2
	unauffällig	3
- konfliktbeladene Trennung vom Elternhaus		1
	geglückte Lösung	2
- große Belastungen im Elternhaus		1
	keine großen Belastungen	2

10. Vater:

- Interesse am Kind von Seiten des Vaters		
	stark	1
	schwach	2
	keines	3
	unauffällig	4
- Vater straffällig (Gefängnis)		
	ja	1
	nein	2
- Sorgecharakter des Vaters		
	sehr gut	3
	genügend	2
	ungenügend	1
- Sucht (Alkoholiker, Kettenraucher)		
	ja	1
	nein	2
- Anwesenheit des Vaters zu Hause		
	häufig	1
	selten	2
	unauffällig	3

11. Geschwister:

- Zahl der toten Geschwister		
- p.K.	männlich	1
p.K.	weiblich	2
	kein p.K.	0
- somatische Symptome bei Knaben		
"	"	1
"	" Mädchen	2
	keine	3
- psychisch auffällig (Knaben)		
"	auffällig (Mädchen)	1
	unauffällig	2
		3

12. Schwangerschaft:

- geplant		
	ungeplant	1
	erwünscht	2
	unerwünscht	1
- sehr große Belastungen während der Schw. (umweltbed.)		
große	"	1
	"	2
	keine	3

- Schwangerschaftsbeschwerden	1
ohne Beschwerden	2
- Schwangerschaft sehr positiv erlebt	1
" sehr negativ erlebt	2
unauffällige Schwangerschaft	3
- Risikoschwangerschaft	1
ohne Risiko	2
- Ängste während der Schwangerschaft	
große Angst, daß Kind stirbt	1
Angst vor Frühgeburt	2
Angst, daß Kind nicht gesund ist	3
unauffällig	4
- Geburtsvorbereitungen:	
sehr gut	1
gut	2
unauffällig	3
keine	4

22. Geburt:

- Anzahl der Wochen vor dem Termin	+ 1
termingerecht	1
- Anzahl der Wochen nach dem Termin	1
termingerecht	1
- Geburtsgewicht	
- Apgarwerte	
- Geburtskomplikationen:	
ja	1
nein	2
- Vater anwesend	
ja	1
nein	2
- eingeleitet	
ja	1
nein	2
Komplikationen nach der Geburt bei der Mutter:	
ja	1
nein	2
- Komplikationen nach der Geburt beim Kind:	
ja	1
nein	2

23. Mutter-Kind-Beziehung:

- Möglichkeiten zum Kontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt:
 - kein Kontakt 1
 - wenig Kontakt 2
 - rooming in oder viel Kontakt 3
 - unauffällig 4
- Möglichkeiten zum Kontakt zwischen Mutter und Kind während des 1. Monats:
 - wenig 1
 - viel 2
 - unauffällig 3
 - keiner 4
- Betreuung des Kindes von der Mutter 1
 - " " " von anderen Personen 2
 - " " " wechselnd 3
 - " " " in Heim oder Krippe 4
- Einfühlung
 - sehr einfühlsam 1
 - wenig einfühlsam 2
 - unauffällig 3
- gestillt (Anzahl der Wochen) + 1
 - nicht gestillt 1
- gefüttert nach Plan 1
 - gefüttert nach Bedarf 2
 - wechselnd 3
- Einstellung auf das Kind bei Streßsituationen oder bei Krankheiten
 - unauffällig 1
 - mangelhaft 2
 - gut 3
- Trennungen im 1. Lebensjahr
 - ja 1
 - kei. 2
 - unbekannt 3
 - Anzahl d. Tage (unbekannt 99)
- Stimulation durch die Umwelt
 - unauffällig 1
 - Überstimulation 2
 - Unterstimulation 3

- Interaktion zwischen Mutter und Kind:		
adäquat auf Kind rücksichtnehmend		1
zu viel		2
zu wenig		3
- Mutter-Kind-Beziehung:		
sehr gut		1
unauffällig		2
überängstlich		3
totale Ablehnung (Todeswünsche)		4
Gleichgültigkeit von Seiten der Mutter		5

24. Merkmale des Kindes:

Gesamtverhalten: unauffällig (lebhaft, zufrieden)			1
sehr ruhig			2
quengeling / unausgeglichen			3
ruhig - quengelig			4
quengeling - ruhig			5

Essverhalten:

unauffällig	1
problematisch	2

Schlafverhalten:

unauffällig	1
schläft sehr viel	2
schläft sehr wenig	3
Anzahl der Stunden von 6,00 - 18,00	

- somatische Symptome	ja	1
	nein	2
- Heim- oder Krankenhausaufenthalt	ja	1
	nein	2

- Situation der Ki.Familie und Umwelt vermittelte Lebensfreude

ja	1
nein	2

- Bedeutung des Kindes innerhalb der Familie.

große Bedeutung (wertvoll)	1
keine " (wertlos)	2
unauffällig	3

- Zukunft des Kindes: -

günstig	1
ungünstig	2
zugeteilt ungünstig	3
unauffällig	4

- Familienatmosphäre

gespannt	1
positiv	2
unauffällig	3

25. Tod:

- drei Wochen vor Tod:

symptomfrei	1
Symptome	2
besondere Ereignisse	1
keine "	2

- Trennungen von der Mutter	1
keine Trennung	2

- Bauchlage	1
Rückenlage	2
seitliche Lage	3

- überdeckt	1
nicht überdeckt	2

- Mutter vor Todeseintritt für Kind erreichbar	1
" " " " " nicht erreichbar	2

- Tag vor Tod:

symptomfrei	1
Symptome, Verhaltensauffälligkeiten	2
besondere Ereignisse	1
keine besonderen Ereignisse	2

- bei Todeseintritt günstige Schlafverhältnisse	1
" " ungünstige "	2

- Kind starb im Kinderbett	1
" " " Kinderwagen	2
" " " Bett von Erwachsenen	3
" " bei Mutter im Bett	4

- Kind starb zu Hause	1
" " in Klinik	2
" " auswärts	3

Hypothesen zum Tod:

1.	somatisch	1
2.	psych.-soz.	2
3.	psych.-soz. + somatisch	3
4.	"gehaufte Ereignisse vor Todeseintritt"	4
5.	unklar	5

FOLGENDE DATEN WURDEN TRANSFORMIERT

Familienstand der Mutter	0	= 0
	2,3	= 1
	1,4-9	= 2
Stadt, Land	0	= 0
	1,2,4	= 1
	3	= 2
Räumliche Kontaktmöglichkeiten	0	= 0
	1,3	= 1
	2	= 2
Möglichkeiten zur sozialen Kontaktaufnahme	0	= 0
	1,3	= 1
	2	= 2
Mitbewohner	0	= 0
	1,2,3	= 1
	4	= 2
Partnerbeziehung	0	= 0
	2,3	= 1
	1,4	= 2
Beziehungen zu anderen Kindern	0	= 0
	1,3	= 1
	2	= 2
Merkmale der Mutter:stabil/labil	0	= 0
	1,3	= 1
	2	= 2
Depressive Grundstimmung der Mutter	0	= 0
	4	= 1
	2,3	= 2
	1	= 3
Aussehen der Mutter	3,1	= 1
	2	= 2
Gewicht der Mutter	1	= 1
	2,3	= 2

Familie der Mutter:		
Bei Eltern aufgewachsen	1	= 1
	2,3	= 2
Ablehnung/akzeptiert	1	= 1
	2,3	= 2
belastete Mutter-Kind-Beziehung	1	= 1
	2,3	= 2
Interesse des Vaters am Kind	1	= 1
	4	= 2
	2	= 3
	3	= 4
Anwesenheit des Vaters	1	= 1
	3	= 2
	2	= 3
	4	= 4
Geschwister: somatische Symptome	0	= 0
	1,2	= 1
	3	= 2
Geschwister: psychische Symptome	0	= 0
	1,2	= 1
	3	= 2
Schwangerschaft: pos./neg.erlebt	0	= 0
	1,3	= 1
	2	= 2
Ängste während der Schwangerschaft	0	= 0
	1	= 1
	2,3	= 2
	4	= 3
Geburtsvorbereitung	0	= 0
	1,2,3	= 1
	4	= 2
Möglichkeit zum Kontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt	0	= 0
	3	= 1
	4	= 2
	2	= 3
	1	= 4
Möglichkeiten zum Kontakt während des 1. Monats	0	= 0
	2	= 1
	3	= 2
	1	= 3
	4	= 4

Betreuung des Kindes	0	= 0
	1	= 1
	3	= 2
	2	= 3
	4	= 4
Einfühlung der Mutter	0	= 0
	1	= 1
	3	= 2
	2	= 3
Einstellung auf das Kind	0	= 0
	3,1	= 1
	2	= 2
Stimulation	0	= 0
	1	= 1
	2,3	= 2
Interaktion	0	= 0
	1	= 1
	2,3	= 2
Mutter-Kind-Beziehung	0	= 0
	1,2	= 1
	3,4,5,6	= 2
Gesamtverhalten	0	= 0
	1	= 1
	2,3,4,5	= 2
Schlafverhalten	0	= 0
	1	= 1
	2,3	= 2
Familiäre Situation	0	= 0
	1,3	= 1
	2	= 2
Bedeutung des Kindes	0	= 0
	1	= 1
	3	= 2
	2	= 3
Zukunft des Kindes	0	= 0
	1,4	= 1
	2	= 2
	3	= 3
Familienatmosphäre	0	= 0
	2,3	= 1
	1	= 2

- 308 -

[illegible][illegible]

1. LAUF MIT MISSING VALUES

CLASSIFICATION FUNCTIONS

VARIABLE	GROUP = PK79	KGR
35 SOBE	22.18553	17.87941
53 SOREVA	13.18982	15.29889
67 ANZWO	8.29311	7.70755
91 SCHLAF	9.11785	5.96602
92 STU	1.92788	2.82352
93 SOM	-17.29073	-12.76374
115 X15N	-5.90487	0.28152
122 X37N	8.86547	6.39555
CONSTANT	-207.41338	-183.89708

CLASSIFICATION MATRIX

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	90.0	36	4
KGR	93.3	2	58
TOTAL	91.4	38	62

JACKKNIFED CLASSIFICATION

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	82.5	33	7
KGR	90.0	3	27
TOTAL	85.7	36	34

KGR

PK79
24.95

- 310 -

2. LAUF: FEHLENDE WERTE TEILWEISE ERSETZT

CLASSIFICATION FUNCTIONS

VARIABLE	GROUP =	PK79	KGR
35 SOEE		18.17266	13.64197
67 ANZWO		8.23143	7.68768
91 SCHLAF		7.46551	4.71754
92 STU		2.91770	2.88882
93 SOM		-14.83818	-7.12726
115 X15N		-12.34376	-7.51136
143 X86N		20.17596	7.64741
CONSTANT		-123.21977	-159.77417

CLASSIFICATION MATRIX

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	93.2	41	3
KGR	97.1	1	33
TOTAL	94.9	42	36

JACKKNIFED CLASSIFICATION

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	93.2	41	3
KGR	94.1	2	32
TOTAL	93.6	43	35

F. - MATRIX

DEGREES OF FREEDOM = 9 09

PK79
KGR 21.38 - 311 -

3. LAUF: FEHLENDE WERTE WEITGEHEND ERSETZT

CLASSIFICATION FUNCTIONS

VARIABLE	GROUP = PK79	KGR
35 SOBE	22.01283	17.21405
53 SORGVA	16.29727	20.26048
67 ANZWG	7.91017	7.31277
91 SCHLAF	3.94177	0.42721
92 STU	3.24168	2.16544
93 SOM	-12.59178	-7.99167
115 X15N	-0.81081	5.36705
129 X51N	4.32592	6.04323
143 X88W	8.93463	5.86191
CONSTANT	-206.55045	-188.50490

CLASSIFICATION MATRIX

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	93.3	42	5
KGR	94.1	2	32
TOTAL	93.7	44	35

JACKKNIFED CLASSIFICATION

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	82.2	37	8
KGR	86.2	4	30
TOTAL	84.8	41	38

4. LAUF: ALLE P.R. GEGEN K.G. 1

CLASSIFICATION FUNCTIONS

VARIABLE	GROUP = PK79	KGR
35 SOBE	23.50637	12.00547
53 SOROVA	14.29050	16.76301
67 ANZWO	7.27220	8.7904
91 SCHLAF	5.24179	2.62200
92 STU	1.12015	2.64417
93 SOM	-1.04852	-7.08967
115 XBN	-1.44227	3.56245
CONSTANT	-205.20907	-10.710

CLASSIFICATION AT IX

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
PK79	86.4	38	6
KGR	91.7	7	0
TOTAL	88.7	45	12

JACKKNIFED CLASSIFICATION

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
PK79	86.4	38	6
KGR	97.5	3	1
TOTAL	88.7	41	-

5. LAUF: P.K., DIE MEDIZINISCH ERKLÄRBAR SIND, WURDEN
ELIMINIERT

CLASSIFICATION FUNCTIONS

VARIABLE	GROUP = PK79	KGR
35 SOBE	19.19304	13.34707
67 ANZWQ	9.86219	9.25958
91 SCHLAF	4.60312	2.23248
92 STU	3.85455	2.94204
93 SOM	-11.89987	-7.91416
115 X15N	-11.29856	-6.82923
143 X88N	16.61063	13.38884
CONSTANT	-226.31451	-193.85657

CLASSIFICATION MATRIX

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP	
		PK79	KGR
PK79	88.6	31	4
KGR	97.1	1	33
TOTAL	92.8	32	37

JACKKNIFE CLASSIFICATION

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP	
		PK79	KGR
PK79	82.9	29	6
KGR	94.1	2	32
TOTAL	88.4	31	38

PK79 - 314 -
 KGR 13.02
 6. LAUF MEDIZINISCH ERKLÄRBARE P.K. ALS K.G.

CLASSIFICATION FUNCTIONS

VARIABLE	GROUP = PK79	KGR
35 SOBE	14.39366	10.20166
68 GEBGLW	0.01871	0.01577
92 STU	2.50429	1.81235
93 SOM	-3.01757	-0.70629
94 HEIM	25.10829	22.14075
136 X77N	9.88177	8.45957
143 X88N	9.76491	7.27081
146 X95N	22.78568	18.48080
148 X97N	-11.37617	-7.70326
CONSTANT	-100.46223	-72.38048

CLASSIFICATION MATRIX

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	88.6	31	4
KGR	93.2	3	41
TOTAL	91.1	34	45

JACKKNIFED CLASSIFICATION

GROUP	PERCENT CORRECT	NUMBER OF CASES CLASSIFIED INTO GROUP -	
		PK79	KGR
PK79	82.9	29	6
KGR	88.6	5	39
TOTAL	86.1	34	45

CORRELATION MATRIX

- 315 -

		ALTMU	GEBRNG	ZSCHW	SOZ	HAUS
		11	12	14	17	21
ALTMU	11	1.0000				
GEBRNG	12	0.4190	1.0000			
ZSCHW	14	0.4124	0.9039	1.0000		
SOZ	17	-0.3946	0.0769	-0.0295	1.0000	
HAUS	21	-0.4350	-0.3624	-0.3613	0.5024	1.0000
BE	22	0.3966	0.3153	0.2892	-0.4062	-0.4342
LAUT	23	0.1450	0.2185	0.1900	-0.2010	-0.2675
SCHMU	24	0.1552	-0.3277	-0.2850	-0.5779	-0.0664
UKISCH	25	0.3058	0.1192	0.1546	-0.3728	-0.1834
MUFI	29	0.3275	-0.1936	-0.1139	-0.6341	-0.2603
BERNEB	31	0.1415	0.0000	0.0945	-0.1178	-0.3340
UMZGE	32	-0.3270	-0.2555	-0.1629	0.2209	0.4296
SOBE	35	-0.1788	0.1635	0.1582	0.1745	-0.0960
BERUF	36	0.2642	-0.1667	-0.1673	-0.5247	-0.1599
DEPRGS	38	-0.1788	-0.0981	-0.2141	-0.0662	0.0079
SUCHT	42	0.2015	-0.0959	-0.2364	-0.2336	-0.0800
KOMP	43	-0.4992	0.1039	0.1410	0.4981	0.2502
GROBE	50	0.1043	-0.1669	-0.2299	-0.3948	-0.1062
VASTRA	52	0.1134	0.0251	0.0674	-0.4381	-0.3349
SORGVA	53	0.4028	0.0609	0.0225	-0.4479	-0.1889
SUVA	54	0.3325	-0.0715	-0.1093	-0.4825	-0.2799
PLANSS	59	0.0656	0.0273	-0.1064	0.1057	-0.1617
WUESS	60	0.2270	-0.0413	-0.0588	0.1140	0.2174
GROBEL	61	0.2329	-0.1221	-0.1738	-0.2247	0.0495
BESCHW	62	-0.0665	0.0406	-0.0898	-0.0747	-0.0657
RISIKO	64	-0.1080	-0.1271	-0.1669	-0.1169	-0.0470
ANZWO	67	-0.0665	-0.0274	0.1314	-0.0678	-0.0469
KOGEHM	75	-0.0911	0.0413	0.0065	0.1899	0.0502
KOGEBK	76	0.0162	0.2789	-0.2793	0.0956	0.0731
EINFUE	80	-0.0872	-0.1422	-0.1529	0.0785	-0.0461
STILLN	81	0.2319	0.1962	0.1433	-0.0372	-0.1195
EINST	83	0.2068	0.0369	-0.0082	-0.0747	0.0688
TRENN	84	0.2390	0.4917	0.3923	-0.1169	-0.1365
ESSV	90	-0.2090	-0.1866	-0.2309	0.1111	0.1645
SCHLAF	91	-0.3798	-0.2551	-0.1974	0.1713	0.2485
STU	92	0.0516	0.3911	0.1765	0.3836	0.0288
SOM	93	-0.1555	0.1108	0.0175	0.2521	0.2101
HEIM	94	0.1229	0.3092	0.2155	0.0737	-0.1438
X15N	115	-0.4188	0.0795	0.1286	0.6134	0.2551
X26N	117	-0.1007	-0.0715	-0.1169	0.3728	0.0869
X27N	118	-0.0918	-0.0846	-0.0847	0.3373	-0.0114
X28N	119	0.1533	-0.0883	0.0100	-0.2901	0.0766
X33N	120	-0.2865	0.0164	0.0718	0.2969	0.1617
X34N	121	0.2205	0.5472	0.5219	0.0259	-0.1942
X37N	122	-0.1783	0.0395	0.0847	0.0778	0.1028
X39N	123	0.2592	-0.1296	-0.0017	-0.2000	-0.1089
X40N	124	-0.0254	0.4220	0.4381	0.5008	0.0570
X41N	125	0.0204	0.2263	0.1286	0.1632	0.1560
X51N	129	-0.4276	-0.1296	-0.0267	0.3936	0.1365
X55N	130	-0.3365	-0.2577	-0.1963	0.1860	0.1236

US	BE	LAUT	SCHMU	UKISCH	MUFI
21	22	23	24	25	29
1.0000					
0.242	1.0000				
0.2875	0.2887	1.0000			
0.2814	0.2887	0.2187	1.0000		
0.1834	0.6299	0.2182	0.2182	1.0000	
0.2103	0.2046	0.1418	0.4962	0.3403	1.0000
0.3340	0.0000	-0.1465	0.2604	-0.2983	-0.0554
0.3276	-0.2046	-0.0354	-0.2127	-0.1238	-0.5075
0.0960	-0.0346	0.0299	-0.2694	-0.0915	-0.4202
0.1599	0.2319	0.2008	0.3012	0.3506	0.3701
0.0079	0.1037	0.0299	0.0299	0.1696	0.0042
0.0800	0.1491	0.1291	0.3873	0.0563	0.2013
0.2502	-0.2023	0.0250	-0.3504	-0.4042	-0.4578
0.1862	0.0000	0.1909	0.3273	0.0714	0.2011
0.3349	0.1325	0.4588	0.4588	0.1001	0.4716
0.1889	0.3216	0.1393	0.2553	0.2837	0.5792
0.2799	0.1260	0.3546	0.4910	0.0476	0.3403
0.1117	-0.1445	-0.0250	-0.0250	-0.3605	-0.1810
0.2174	-0.1309	-0.0000	0.1690	-0.0825	-0.0268
0.0475	0.1936	-0.0000	0.2096	0.2440	0.4359
0.0657	0.1072	0.0232	-0.0928	0.0810	0.0527
0.0470	-0.0292	-0.1770	-0.1770	-0.2317	0.0466
0.0469	-0.3448	0.0482	-0.0482	-0.2102	0.0478
0.0802	0.1309	-0.1890	-0.1890	-0.0825	0.0268
0.0731	0.0289	0.0250	-0.2253	0.1420	-0.1029
0.0461	-0.0000	-0.1465	-0.1465	-0.2273	-0.2861
0.1195	-0.0159	-0.1326	0.1437	-0.2279	0.1007
0.0888	-0.1170	0.0338	0.1183	0.1180	0.2443
0.1365	-0.0292	0.0759	-0.1770	0.0993	0.1183
0.1645	-0.0580	-0.1759	-0.0503	-0.1755	-0.0071
0.2485	-0.3280	-0.2209	0.1736	-0.3581	-0.0761
0.0288	0.1026	0.1227	-0.4486	-0.0425	-0.2886
0.2101	0.0308	0.0801	-0.1868	-0.0116	-0.2157
0.1428	-0.1816	0.0262	-0.3669	-0.0229	-0.1263
0.2551	-0.5495	-0.2520	-0.6719	-0.4521	-0.6311
0.0869	-0.6299	-0.0818	-0.2182	-0.7619	-0.3403
0.0114	-0.5068	-0.1291	-0.2582	-0.7325	-0.4210
0.0766	-0.0667	0.0000	0.2887	0.1260	0.3683
0.1617	-0.2023	-0.2253	-0.2253	-0.1857	-0.5998
0.1942	0.3280	-0.1291	-0.2582	0.0563	-0.0549
0.1028	-0.0894	-0.1291	-0.2582	-0.0563	-0.0183
0.1089	-0.0195	0.0675	0.3204	0.1987	0.1650
0.0570	-0.2909	-0.2520	-0.8118	-0.2077	-0.3929
0.1560	0.0970	-0.2520	-0.1120	-0.2077	-0.2342
0.1365	-0.3426	-0.1038	-0.1780	-0.2331	-0.5300
0.1236	-0.2305	0.0726	-0.1089	-0.3406	-0.4657

D. GRÄBNER

DISSERTATIONS U. OFFSETDRUCKEREI



Gotenstraße 3
8632 Altdorf bei Bamberg
Telefon: 09345/8791